

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**Departamento de Pediatría**



**LA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL  
PÚBLICO DEL GRUPO 5: ASPECTOS  
ORGANIZATIVOS, ECONÓMICOS Y DE GESTIÓN  
DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**  
**PRESENTADA POR**

**Miguel Ángel Baratas de las Heras**

Bajo la dirección de los doctores

Ángel Nogales Espert  
David Martínez Hernández

**Madrid, 2010**

- **ISBN: 978-84-692-9944-9**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA**

**LA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL  
PÚBLICO DEL GRUPO 5.**

**Aspectos Organizativos, Económicos y de Gestión de  
Lista de Espera Quirúrgica.**

**Dirigida por:**

**Ángel Nogales Espert**

**David Martínez Hernández**

**TESIS DOCTORAL**

**Miguel Ángel Baratas de las Heras.**

**Madrid, 2009**

*A mi mujer, María*

## **AGRADECIMIENTOS**

A los directores de la Tesis Doctoral, Dr. Ángel Nogales Espert y David Martínez

Hernández, por la dedicación permanente que han tenido en el planteamiento y seguimiento del estudio. Sin sus directrices y consejos no hubiese finalizado este proyecto.

A los Jefes de los Servicios de Anestesia, Dr. Tomás, Cirugía, Dr. Arguello, y Traumatología, Dr. Delgado del Hospital Virgen de la Torre (HVTR), que han colaborado con sus opiniones a darle forma más precisa a las informaciones de carácter clínico que correspondían a su especialidad.

Al Dr. Pedro Asegurado, del Servicio de Admisión y Documentación Clínica en el HVTR, que ha completado la obtención de datos desde aplicaciones informáticas complementarias a las que se utilizan habitualmente.

A los miembros de la Unidad de Informática del HVTR, Guillermo, Carmen, y Ricardo, quienes han colaborado en la obtención de información y soporte técnico para la elaboración del estudio.

A Isidoro Vindel, responsable del área de gestión económica en el HVTR, por sus aclaraciones en relación a conceptos prácticos de gestión analítica y costes.

A Ana Pérez, del Servicio de Atención al Paciente del HVTR, por su amabilidad y disposición a colaborar en todo momento.

A Gerardo Muñoz, del Área de personal del HVTR.

A Teresa de la Torre, del Servicio de Documentación y Biblioteca del HVTR.

A Eduardo López de Garayo, por la revisión y contraste de los datos iniciales.

A todo el personal del HVTR, por que sin ellos la labor que aquí aparece reflejada no hubiera sido posible.

A mi familia, mujer e hijos, a los que debo fundamentalmente el coste de oportunidad de las horas a las que por derecho les correspondían.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Evolución historica de la cirugía.....	11

1.2. Historia de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).....	15
1.3. Unidades de CMA.....	25
1.4. Cirugía ambulatoria pediátrica.....	27
1.5. Rasgos propios de la CMA.....	30
1.6. Selección de pacientes.....	32
1.7. Selección de procedimientos.....	34
1.8. Calidad.....	34
1.9. Gestión económica.....	35
1.10. Anexos.....	39
 2. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	 40
 3. OBJETIVOS.....	 42
 4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	 44
4.1. Material.....	45
4.1.1. Instalaciones.....	45
4.1.2. Recursos humanos.....	46
4.1.3. Datos de recursos sanitarios.....	47
4.1.4. Programa de CMA.....	47
4.1.5. Criterios de selección de pacientes.....	49
4.1.6. Exploraciones complementarias. Preoperatorio.....	49
4.1.7. Protocolo de actuación quirúrgica.....	49
4.1.8. Algoritmo de inclusión de cirugía con hospitalización.....	50
4.1.9. Algoritmo de inclusión en CMA.....	51
4.1.10. Cuestionario de satisfacción.....	52
4.1.11. Unidad informática.....	52

4.1.12. Contabilidad analítica.....	52
4.2 Método.....	53
4.2.1. Indicadores.....	53
4.2.2. Población estudiada.....	55
4.2.3. Estudio prospectivo.....	55
4.2.3.1. Indicadores de calidad.....	55
4.2.3.2. Indicadores quirúrgicos.....	55
4.2.3.3. Informe de situación.....	58
4.2.4. Estudio retrospectivo.....	60
5. RESULTADOS.....	61
5.1. Análisis de la actividad quirúrgica.....	62
5.1.1. Distribución por edad.....	62
5.1.2. Distribución por sexo.....	65
5.1.3. Información de situación de la lista de espera quirúrgica.....	69
5.1.3.1. Lista de espera quirúrgica. Datos globales.....	69
5.1.3.2. Indicadores de gestión de la lista de espera quirúrgica.....	72
5.1.3.3. Estudio de los diez procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica.....	76
5.1.3.4. Las especialidades quirúrgicas.....	82
5.1.3.5. Anestesia.....	96
5.1.3.6. La cirugía ambulatoria.....	98
5.1.3.7. Relación entre turnos.....	106
5.1.4. Complejidad diagnóstica.....	109
5.1.5. Índice de sustitución.....	112
5.1.6. Volumen de intervenciones según el tipo de cirugía.....	113

5.2. Complicaciones locales. Reingresos.....	113
5.3. Reclamaciones.....	114
5.4. Encuestas de opinión.....	117
5.4.1. Resultados globales.....	117
5.4.2. Resultados de la encuesta a las preguntas.....	119
5.5. Contabilidad analítica por especialidades.....	139
5.5.1. Anestesia y reanimación.....	140
5.5.2. Cirugía general y aparato digestivo.....	141
5.5.3. Dermatología.....	143
5.5.4. Cirugía de la mano.....	144
5.5.5. Oftalmología.....	145
5.5.6. Otorrinolaringología.....	146
5.5.7. Traumatología y cirugía ortopédica.....	147
5.5.8. Urología.....	148
5.5.9. Medicina interna.....	149
5.5.10. Quirófanos.....	150
5.6. Balance global de actividad asistencial y económica.....	151
5.6.1. La actividad asistencial.....	151
5.6.2. Recursos estructurales.....	152
5.6.3. La actividad económica.....	152
6. DISCUSIÓN.....	155
7. CONCLUSIONES.....	180
8. BIBLIOGRAFÍA.....	182

9. ANEXOS.....	193
I. Legislación.....	194
II. Definiciones de interés.....	199
III. Fotos de edificios y planos de quirófanos.....	202
IV. Datos de recursos sanitarios.....	207
V. Protocolos de funcionamiento de la CMA.....	214
VI. Categorías del índice ASA.....	232
VII. SERQHOS: Encuesta de opinión sobre la calidad de la atención especializada.....	234

## ABREVIATURAS

ANE	Anestesia y Reanimación
ASA	<i>American Society of Anaesthesiology</i>



CCE	Cirugía de Corta Estancia
CCI	Cirugía Con Ingreso
CSI	Cirugía Sin Ingreso
CIE-9MC	Clasificación Internacional de Enfermedades – Modificación Clínica
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CEST	Costes Estructurales
COTR	Costes de Utilización de Otros Servicios
CSER	Costes de Utilización del Servicio
CTOT	Costes Totales
DER	Dermatología
DM	Demora Media
ECG	Electrocardiograma
EM	Espera Media
GGD	Cirugía General y del Aparato Digestivo
GE	Gestión Económica
GECLIF	Gestión Económica Financiera
GFH	Grupos Funcionales Homogéneos
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
HOS	Hospitalización
HS	Centro de Especialidades Periférico de Hermanos Sangro
HP-His	<i>Hewlett Packard</i> - Sistema de Información Hospitalaria
HVTR	Hospital Virgen de la Torre
LEQ	Lista de Espera Quirúrgica
INE	Instituto Nacional de Estadística
IS	Índice de Sustitución
Nº	Número
OFT	Oftalmología
TRA	Traumatología y Cirugía Ortopédica
UCH	Unidad de Complejidad Hospitalaria
UCMA	Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
UCSI	Unidad de Cirugía Sin Ingreso
URO	Urología
URPA	Unidad de Reanimación Post-Anestésica

Suelo decir que cuando puedes medir aquello de lo que estás hablando y expresarlo con números, es que sabes algo acerca de ello; cuando no puedes expresarlo con números, por el contrario, tu conocimiento es de naturaleza débil e insatisfactoria; puede que sea el principio del conocimiento, pero habrás avanzado escasamente en tus pensamientos hacia la etapa de la ciencia, cualquiera sea el tema de que se trate.  
William Thomson of Kelvin, 1846.

“Puede parecer un extraño principio enunciar como primer requerimiento de un hospital el no causar daño a los enfermos. No obstante, es bastante necesario establecer dicho principio, porque la actual mortandad en los hospitales, especialmente en las grandes ciudades, es muy superior a cualquier cálculo realizado sobre la mortandad de la misma clase de pacientes tratados fuera de los hospitales, lo cual nos hace sospechar.”

Florence Nightingale. *Notes on Hospitals*. 1863.

Aguijoneando en el deseo del saber, me pregunto, si; hay en Medicina alguna cosa útil y cierta, algún principio cuya evidencia se parezca a un axioma de Matemáticas; alguna regla práctica cuya utilidad sea incontestable. Cuando uno se dirige en busca de la verdad, lo hace con el interés y la esperanza de alcanzarla.

P. Renouard. 1871.

El encanto de toda consideración histórica, radica en que siempre es más atrayente observar a un objeto si se halla en movimiento.

Josef Löbel, 1950.

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1. INTRODUCCIÓN**

## ***1.1. Evolución histórica de la cirugía***

El contenido de la Historia es el reflejo de la experiencia acumulada en cada uno de los sucesivos momentos que han acontecido. Pero en esta disciplina del saber, el historiador aunque se someta a las reglas del buen hacer, no estará exento de percibir la sucesión de los pasados modos de vivir como una realidad distorsionada por su propio criterio.

Es indiscutible la utilidad que brinda al médico conocer la historia y más concretamente la historia de la cirugía para un médico especialista que se dedica a la cirugía. No solo es una ampliación de la cultura y ayuda a la claridad intelectual, también puede mostrarnos hallazgos pasados que nos susciten nuevas ideas para emularlos, superarlos o preparación de nuevos caminos colaterales que aún no han sido explorados.

Los avances de la medicina han sido espectaculares, sin embargo el progreso técnico y la dimensión personal del hombre enfermo se encuentran en permanente conflicto con la valoración económica que emerge cada vez con más fuerza en el sector sanitario.

En el siglo XIX la especialización de la medicina se acompañó de la pérdida de interés por la historia de la medicina que era considerada obsoleta y envejecida. En contradicción a esta tendencia, se creó en Leipzig (1905), el primer Departamento de Historia de la Medicina. El estudio y enseñanza de la historia se desarrollaba desde un enfoque social, profesional y del hombre enfermo. Las distintas corrientes y escuelas que han ido configurando el pensamiento médico-quirúrgico actual han sido posibles a partir de instituciones hospitalarias que las colectividades de cada época han creado según sus propios modelos sociales. La finalidad social de la medicina que se dirige a la ayuda al hombre enfermo, necesita la estrecha colaboración de la sociedad para restablecer la salud individual y colectiva, mantener una imagen social del médico y una adecuada valoración del enfermo. Aunque las sociedades a lo largo de la historia han condicionado la profesión médica, la resolución de cada médico descansa en sus cualidades personales, habilidad técnica y capacidad de pensamiento.

Los avances vertiginosos de la medicina que incorpora el cálculo matemático y la demostración estadística carecen de valor si no conseguimos mejorar en términos absolutos, es decir, médicos con formación amplia en cultura y valores morales además de conocimientos específicos en el campo médico-quirúrgico en el que se trabaja. La división en especialidades o especialización debe preservar una perspectiva unitaria de estrecha dependencia entre ellas, trabajo en equipo, considerando al mismo tiempo la práctica de la medicina como un todo, integrada en cambiantes condiciones económicas, culturales y socio-políticas.

La cirugía que empezó rodeada de un halo de magia y misterio, mezcla de ritual de tribu y necesidad social, viene a ser como una figura animal del científico Darwin dentro de su teoría de la evolución de las especies, en la que el entorno la configura para llevarla hacia una estructura biológica cada vez más diferenciada y adaptada al medio, el ancestro de los actuales caballos media apenas 30 centímetros de alzada, ahora 40 millones de años después se han convertido en los poderosos y nobles equinos que todos conocemos. Nuestra generación es el resultado del desarrollo de nuestros antecesores y los que vendrán aportarán sabia nueva a los anteriores para crecer sobre los pasos de sus ancestros.

Por espacio de muchos siglos los procedimientos quirúrgicos fueron sólo métodos accesorios de tratamiento en manos de los cirujanos. Lentamente conquistaron un estatuto similar al de éstos y más lentamente todavía el desdeñado “señor” se convirtió en el más respetuoso título de “doctor”. Pero los cirujanos contemporáneos tienen mucho que ofrecer al médico. Los adelantos más recientes en Cirugía han sido llevados a cabo por un equipo de trabajadores. Radiólogos, anestelistas, neurólogos y una gran variedad de especialistas les ayudan. Hubo una fase en que algunos cirujanos más afortunados atribuyeron su éxito al hecho de ser médicos que practicaban la Cirugía. Cirugía y Medicina son materias que para un solo hombre, por mucho talento que tenga, pueda abarcarlas por sí sólo. La especialización en el curso de los años, se ha hecho cada vez más necesaria, operando cambios permanentes en la estructura de la Medicina y la Cirugía. Mediante esta especialización colaboradora se producirán avances aún mayores que están por venir. Las variadas necesidades del individuo determinarán los cambios a introducir en el campo medico-quirúrgico, así como en las demás ciencias. La Cirugía seguirá los progresos de la civilización. Los cambios de ambiente determinarán las peticiones a la Cirugía del mañana. Parece que siempre existirá una Cirugía de guerra y otra de accidentes que serán el reflejo del individuo.

Vinculado a la supercivilización, aumenta incesantemente la longevidad del hombre. Hornell Hart en la década de los 40 (s. XX), sugería seriamente que a fines de siglo el hombre habrá alcanzado cien años de vida por termino medio, y que los niños nacidos en el año 2000 podrán vivir doscientos años. Aunque podemos comprobar que este aserto no se ha cumplido en su totalidad, si es razonable su formulación. Es posible que en el futuro el bisturí se utilice para fines plásticos o cosméticos hoy en día impensables.

El hospital mantendrá en la estructura sanitaria del futuro, su posición y significación centrales. Incluso en las postrimerías del siglo XX nos encontramos aún en el proceso a gran escala de transformación de los hospitales, desde el concepto del Hotel Dieu medieval y a través de las instituciones humanitarias del siglo XX hacia lo que ha de ser el centro de salud integrado del tercer milenio. La historia de este desarrollo es al tiempo la respuesta histórica de la Medicina tanto a la evolución de sus conceptos terapéuticos como a las necesidades evolutivamente cambiantes de la sociedad.

Lo que se ha transformado en el curso de nuestro siglo es el concepto global de la Medicina, desde un arte curativo, que actuaba sobre una amplia base empírica, a una tecnología de la curación reducida científicamente; el panorama hospitalario, con su paso de las enfermedades agudas a las afecciones crónicas, y la ampliación del concepto de enfermedad, desde el simple defecto orgánico a las alteraciones psicosociales, con todas las necesidades y deseos que esto despierta en el colectivo de los afectados y las consiguientes cargas financieras que conlleva para los sistemas de seguro. La demanda de prestaciones crecerá en este aspecto continuamente, sobre todo en los campos de una tecnología biomédica progresiva. Junto a la necesaria diferenciación en cada vez nuevos campos especializados –cirugía, ortopedia, cardiología, nefrología- aparecen y se constituyen también de forma más clara otras disciplinas integradoras que rebasan las fronteras de las especialidades –radiología, anestesiología, inmunología-, que conducirán, aparte del refinamiento de los métodos y del perfeccionamiento y ampliación de los dispositivos técnicos, a una organización de equipos de trabajo altamente especializados, los equipos terapéuticos. Diferenciación e integración

intervienen e intervendrán, en asociación cada vez más estrecha, mano a mano en este acelerado proceso de desarrollo.

Ante la intensificación creciente de las áreas de alto rendimiento curativo, los hospitales deberán conectarse cada vez más estrechamente a las prestaciones rehabilitadoras y preventivas, y ya hoy se nos ofrece un sistema de una Sanidad que, como en las concepciones clásicas del antiguo arte de sanar, busca el equilibrio entre la conservación de la salud y la erradicación de la enfermedad. La Medicina hospitalaria tiende así hacia la globalidad de un concepto de vida humano, hacia una vía terapéutica que pueda también conseguir la movilización de las reservas de rendimiento y de las capacidades residuales de los impedidos, y cuya meta sea un equilibrio vital óptimo que ha de lograrse hasta edades avanzadas.

No podemos olvidar que la creciente demanda de asistencia hospitalaria es uno de los hechos que caracterizan a la Medicina de este siglo, y en especial de su segunda mitad: el vertiginoso desarrollo de la tecnología aplicada al diagnóstico y a la terapéutica – tecnología, por lo general, extremadamente cara y, en muchos casos, voluminosa-, convierte al hospital en lugar privilegiado para la práctica de la Medicina más eficaz, pues, por otra parte, este crecimiento de la tecnología acompaña al aumento del caudal de conocimientos especializados que obliga a la fragmentación profesional y, correlativamente, al trabajo en equipo. Todo esto obliga a la institución y a quienes en ella trabajan a responder a nuevos problemas de variada índole, y convierte al hospital en objeto de interés privilegiado para el discurso social, el político y el económico.

El número de camas hospitalarias y su utilización son dos aspectos muy interconectados que constituyen, según J. Yates, el origen de un interminable debate entre médicos y gestores sanitarios.

La necesidad de camas para enfermos agudos se está incrementando de forma progresiva, y en ello influye de manera muy importante el envejecimiento progresivo de la población, así como el incremento de las expectativas de vida a los años vividos.

Por este motivo, es frecuente que en los servicios de urgencias de nuestros hospitales existan problemas para el ingreso de pacientes, que a menudo son una fuente de conflictos con los servicios de admisión y las unidades de enfermería. Esta presión de los ingresos urgentes suele llevar a una cancelación de los ingresos programados, con la repercusión directa que esto ocasiona sobre la calidad de la atención.

Con este marco general, en los últimos años se está suscitando una reflexión en todos los sistemas sanitarios para aumentar la eficacia y la eficiencia de los hospitales. No es la preocupación por el gasto lo único que nos mueve a proponer decisiones como la que esbozamos en este capítulo, sino el propósito de satisfacer, con un número limitado de recursos, las necesidades de una población determinada.

La estrategia de estos cambios va dirigida a incrementar el número de actos médicos y a mejorar la calidad y la rapidez de la atención al paciente, manteniendo constante el número de camas hospitalarias. El giro que se produce en la forma de concebir la atención médica supone un esfuerzo por parte de los profesionales sanitarios, puesto que son ellos los que tienen que tomar las decisiones, con el apoyo, eso sí, en primer lugar, de los nuevos avances tecnológicos, que reducen la agresividad de las intervenciones,

disminuyendo considerablemente la estancia en el hospital y, en segundo término, con el respaldo de la Administración sanitaria, que apoya con infraestructura y dotación esta política de atención sanitaria.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA), como sistema funcional organizado, nació en el Reino Unido a mediados del siglo XX, como iniciativa del Sistema Público de Salud para disminuir las listas de espera quirúrgicas y adecuar, de forma racional, el binomio demanda asistencial y recursos sanitarios disponibles.

Este procedimiento fue rápidamente incorporado y desarrollado a partir de 1960 en EE.UU., donde sin duda de vio favorecido por las características de su sistema de salud, ya que muy pronto las compañías de seguros y los centros hospitalarios privados intuyeron el importante potencial de reducción de gastos que conllevaría. Destacan las experiencias del Bittenwoth Hospital de Michigan, en 1961, y la de la Universidad de California en Los Ángeles, llevada a cabo en 1962, por Cohen y Dillon, que afirmaban en esa época que “la seguridad de los pacientes no está en dependencia de que estén o no ingresados, relacionándose más con una adecuada selección de pacientes y una cuidada práctica quirúrgica y anestésica”. Posteriormente, la creación del Surgicenter de Phoenix, en 1969, representó una innovación en la asistencia sanitaria que demostró que un centro totalmente independiente de un hospital podía prestar una asistencia de igual calidad pero a menor coste.

El término cirugía mayor ambulatoria nace en 1986 con la publicación del trabajo de J. E. Davis de igual título.

En nuestro país, el desarrollo de este tipo de cirugía se desarrollo a partir de los años noventa. En 1992, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Organización y Funcionamiento de la cirugía mayor ambulatoria.

Existen múltiples razones científicas que justifican todas estas iniciativas, pero a ellas se añadió, por necesidad, el criterio de adaptar la demanda asistencial a los recursos sanitarios disponibles. Esta imperiosa necesidad cambiará los parámetros sanitarios actuales, de hecho, ya que el personal sanitario debe prepararse para asumir la responsabilidad de su coparticipación inexcusable en la mejora de la calidad asistencial y en la racionalización del gasto sanitario.

La cirugía mayor ambulatoria es un óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a pacientes bien seleccionados, de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional.

En la práctica de la medicina actual, nos enfrentamos al reto de proporcionar una asistencia ágil, de calidad, y a un coste razonable, lo que significa revisar algunas de nuestras prácticas y eliminar aquellas que sean obsoletas e innecesarias. Hay que buscar soluciones que mejoren la atención de nuestros pacientes. La cirugía mayor ambulatoria es una de esas soluciones, puesto que es una asistencia organizada que pretende dar una respuesta más acorde a la realidad demográfica, epidemiológica, tecnológica y económica de nuestro entorno.

Los efectos de la cirugía mayor ambulatoria son bien conocidos permite una organización de la asistencia por niveles de cuidados simplificando los procesos diagnósticos y terapéuticos, incrementa las actividad productiva, y favorece una atención más personalizada y una satisfacción del paciente.

La verdadera importancia de la cirugía mayor ambulatoria radica, por un lado, en la necesidad de mejorar el uso de unos recursos limitados y, por otro, en las expectativas de los pacientes, que demandan una atención cada vez más ágil, rápida y eficaz.

En España, la difusión de la cirugía mayor ambulatoria se ha favorecido por la necesidad de aumentar la eficiencia del sistema sanitario, la existencia de listas de espera para determinadas intervenciones (subsidiarias en un alto porcentaje de CMA) y, como consecuencia, por las presiones para aumentar la actividad quirúrgica.

El desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria en los hospitales públicos españoles ha sido lento. En 1982, el grupo de los Drs. Polo y García Sabrido, del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, inició un programa de cirugía de la hernia inguinal sin ingreso. En 1990 se creó la primera unidad de España, integrada en el hospital de Viladecans.

En el aspecto del impacto económico la cirugía ambulatoria permite, aumentar la eficiencia del sistema, ya que mantiene los resultados con un menor consumo de recursos y un menor coste unitario.

La reducción del coste del proceso frente a la cirugía con ingreso se estima entre un 25% y un 30% pues aunque el coste de la intervención es muy similar, en la cirugía mayor ambulatoria el coste hotelero y de personal se reduce. Pese a que la reducción del coste para el hospital podría suponer que se transfieren costes al sector extrahospitalario (atención primaria, familia), éstos no parecen ser muy elevados.

El aumento de la cirugía mayor ambulatoria generalmente viene acompañado de un incremento de la actividad quirúrgica global, ya que la actividad quirúrgica con ingreso no suele reducirse en la misma proporción; por ello, a pesar de que la cirugía mayor ambulatoria reduce el coste unitario, el gasto global para el centro podría aumentar. Sin embargo, este aumento del gasto sería menor que el aumento de la productividad del centro, ya que el coste marginal de cada proceso adicional es menor. Es decir, aumentar la productividad quirúrgica mediante la CMA es menos costoso que hacerlo a través de la cirugía con ingreso.

## ***1.2. Historia de la CMA***

Antes de los grandes adelantos de la cirugía y de la anestesia y de los hospitales modernos, el paciente pasaba el postoperatorio en su domicilio porque estaba socialmente muy mal visto convivir con soldados e indigentes (1).

Con los años la asistencia hospitalaria mejoraba, a pesar del hacinamiento y la mala higiene, pasando a extremos opuestos. Los pacientes preferían los cuidados de personal entrenado antes que el de los familiares y exigen la completa recuperación como paso previo para marcharse a su domicilio.



Surgen cirujanos que prefieren que los pacientes pasen el postoperatorio en su domicilio por motivos: psicológicos, sociales e incluso económicos, especialmente los niños toleran mal la separación de los padres por que soportan una gran sobrecarga emocional. A finales del siglo pasado se inician las primeras experiencias en cirugía mayor ambulatoria.

En 1.886, Chilson, profesor de oftalmología de la Universidad de Maryland, publica excelentes resultados en la cirugía de cataratas y no restringe el movimiento postoperatorio (2).

En este orden de acontecimientos los hechos históricos que impulsaron el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria comenzaron a principios del silo XX.

La primera práctica documentada de cirugía mayor ambulatoria la realizó Nicoll en el año 1.908, que operó a 2.392 niños de manera ambulatoria en el Royal Hospital for Sick Children de Glasgow, de patologías del tipo deformidades de los pies, hernias inguinales o labio leporino. Un año después, presentó en la *British Medical Association* 8.988 intervenciones en niños del tipo herniorrafias, correcciones de alteraciones en los pies zambos con resultados comparables al de los pacientes hospitalizados. En su artículo ya apuntaba la posibilidad de realizarla en casos similares en adultos. Numerosas publicaciones, desde entonces, afirmaron la seguridad y eficacia del sistema y en la actualidad las clínicas de cirugía ambulatoria (*Surgicenters*) están ampliamente difundidas en Norteamérica y su número ha crecido anualmente de modo casi exponencial (3,4).

En 1899, Reis fue el primero en preconizar la idea de la deambulación temprana en los enfermos quirúrgicos. Oponiéndose a las prácticas de la época describió la ausencia de complicaciones en pacientes a los que se les practicó celiotomía vaginal e iniciaron deambulación precoz (5).

Hans Christian Jacobaeus, en 1.910, médico internista sueco, aportó sus experiencias con la técnica de la laparoscopia. Estos trabajos concluían que la recuperación de los enfermos era más rápida (6).

La idea de la época consistía en que para una cura y cicatrización era imprescindible una larga temporada en cama.

En la segunda y tercera década del siglo XX, se inició una etapa que se caracterizaba por periodos de corta estancia de los ingresos quirúrgicos. En 1.928, en EE.UU, se operan cataratas con estos criterios (7).

En Europa, en el año 1938 Gertrude Herzfeld, cirujana honoraria del *Royal Edinburg Hospital for Sick Children*, comunica su experiencia con hernias en la infancia; publica 1000 casos de mala adaptación del niño al hospital, decidiendo el alta a las dos horas de hospitalización, a pesar de la anestesia general practicada en la mayoría de los casos (8).

En la disciplina de oftalmología, Smith (1.947), Ching (1.958) y Christy (1960), proponen que se emplee una estancia reducida (9).

La Cirugía Mayor Ambulatoria, tal como hoy es conocida, fue propuesta en 1955 por Farquharson como un método eficaz para disminuir las listas de espera del tratamiento de la hernia inguinal en Gran Bretaña.

Es en la década de los sesenta cuando se organizan en EE.UU. programas de CMA en Michigan y Los Ángeles apoyados por un nuevo concepto anestésico. A finales de los años 50 e inicios de los 60, la ambulatorización gana adeptos por las nuevas tecnologías y la limitación de los recursos (10).

En EE.UU., en 1.985 el 30 % de la cirugía se realiza en régimen ambulatorio; actualmente cerca del 50 % (11).

En 1.968 se crea *Providence Rhode Island*, el primer centro de cirugía ambulatoria *Surgicenter*, seguido de otros muchos, que son Unidades aisladas que practican cirugía con traslado inmediato al domicilio; manteniendo dependencia física o administrativa con su hospital de referencia (12).

En 1969 se crea la fundación *Surgicenter* de Phoenix, Arizona. Reed y Ford marcan el inicio de una nueva forma de entender la cirugía y que adquirirá un gran desarrollo en EE.UU., durante los años 70 y 80. Se desarrolla el modelo de Unidad de Cirugía de Día independiente de un centro hospitalario (13).

En 1.982 en EE.UU., estos centros eran 150 y en el 70 % de los hospitales se habían creado Unidades de Cirugía sin Ingreso. En estas fechas se seguía investigando en programas nuevos de CMA (14).

En 1.985, el *Royal College of Surgeons* publicó unas pautas y recomendaciones para aplicar en estos centros, y una lista de procedimientos idóneos para la práctica en régimen ambulatorio (15).

En EE.UU. entre 1.985 y 1.990, según diversos autores, del 45 al 50 % de procedimientos son de CMA, y se preveía que en el año 2.000 aumentarían un 10 % más, entre el 60 y el 66 % de todas las intervenciones (16,17,18,19).

En Europa el desarrollo ha sido mucho más lento, pero se ha ido imponiendo progresivamente, con un crecimiento de alrededor del 18,5% en el Reino Unido; y con porcentajes similares en Alemania, Italia, y Francia (20,21,22).

En la actualidad, el nivel de actividad quirúrgica ambulatoria en España es inferior a otros países como Francia, Italia o Portugal (23).

En 1.995 se fundó en Bruselas la I.A.A.S. (*International Association for Ambulatory Surgery*), iniciándose la agrupación de un gran número de asociaciones y federaciones de todo el mundo que tienen el objetivo de estudiar esta nueva modalidad de cirugía.

En España se produce un cambio significativo en el funcionamiento de los hospitales y en la atención a los pacientes con la introducción de la CMA en la década de los años 90.

En 1.989 se organiza el Simposium Internacional de Cirugía Mayor Ambulatoria en Toledo, en 1.992 el I Congreso de Cirugía Mayor Ambulatoria en Barcelona y en 1.994

se funda en Toledo la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Desde este momento se desarrollan en España diversas experiencias piloto bien de tipo general o monográfico (24,25,26).

La Cirugía Mayor Ambulatoria también se conoce por Cirugía de Día o Cirugía Sin Ingreso y se denomina así a la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que los pacientes no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento (28).

Durante la década de los 80 se introduce en nuestro país una reforma sanitaria, la denominada Asistencia Sanitaria Gestionada (*Managed care*), intentando crear un sistema que equilibre el servicio prestado con los recursos disponibles. Entre las medidas tomadas, aumenta la autonomía de los hospitales, participación de los facultativos en la gestión, racionalización de la asistencia, con reducción de la estancia hospitalaria, considerada innecesaria en un 30 % de los casos (29,30).

Algunos autores escriben a cerca de la cirugía sin ingreso, postulando que asisten a más pacientes que la cirugía convencional (31,32). Otros dicen que el incremento del costo económico y social que genera la cirugía con hospitalización, obliga a nuevos procedimientos de asistencia para racionalizar la financiación y gestión de los recursos (33,34). Rodríguez Armijo manifiesta que la lista de espera y los costes por motivo de la cirugía con hospitalización mejora con CMA (35).

De esta manera podemos apuntar con seguridad, que los inicios de la cirugía ambulatoria o cirugía sin ingreso se sitúan a principios del siglo XX. En los años sesenta se desarrolla en Estados Unidos de Norteamérica de forma individual por profesionales que se dedican a ella y, posteriormente, se crean centros para impulsar la CMA. En la década de los ochenta se inicia su desarrollo en Europa, concretamente en Gran Bretaña que se impulsa a través de los profesionales. Los cambios que en esta década empiezan a aparecer en Estados Unidos son la ampliación de la cirugía ambulatoria y la introducción de procedimientos mínimamente invasivos. Alguno de los factores que impulsan la CMA son:

- a) El alto coste del ingreso hospitalario.
- b) La introducción de nuevos anestésicos y analgésicos.
- c) Incentivos al cirujano y al paciente por las compañías de seguro.
- d) Desarrollo tecnológicos.
- e) Evolución de servicios alternativos, cuidados de enfermería y áreas de recuperación diseñadas para generar menores gastos.

En la década de los 80, la atención a la salud en los Estados Unidos incremento su coste en un 109 % y de él la hospitalización en un 135 % que representaba el 40 % del gasto total de la salud. Este hecho impulsó las iniciativas privadas para incentivar la ambulatorización de los tratamientos. Consistían en reducir el pago del paciente así como estimular los emolumentos del cirujano por intervención ambulatoria.

El resultado de esta apuesta favorable de las compañías aseguradoras se tradujo en el desarrollo de unidades del tipo: integradas en un hospital, satélites pero dependientes del hospital o autónomas. Entre 1984 y 1992 el número de unidades independientes aumentó de 330 a 1.690. Los procedimientos quirúrgicos siguieron una suerte similar, en la década de los 80 y según Comunidades Autónomas los procedimientos quirúrgicos ambulatorios representaban el 28 y el 40% y en 1991 ya eran del 50,3 %.

En el sistema americano, los recursos ahorrados se usaban para potenciar otros servicios médicos.

Hay que considerar que países con medicina nacionalizada la potenciación de este sistema repercute, por un lado, en la reducción de la lista de espera quirúrgica. Pero por otro, al calcular el costo total de la cirugía ambulatoria hay que incluir el costo de otros servicios ancilarios que son imprescindibles para el desarrollo de la cirugía ambulatoria (36).

El desarrollo de la CMA ha sido muy importante en EE.UU. y Gran Bretaña en los últimos años, aunque con objetivos asistenciales y sistemas organizativos muy diferentes. Sin embargo, y a pesar de su demostrada efectividad como forma de tratamiento quirúrgico, su expansión no ha sido lo rápida que se preveía en otros países debido a múltiples factores socioculturales, económicos y organizativos.

Las diferencias estructurales y organizativas de los sistemas sanitarios de nuestro entorno económico-social hacen difícil el análisis y la exposición detallada de las dificultades a las que se enfrenta cada administración en concreto, si bien el objetivo compartido por todos los sistemas sanitarios de mejorar su eficiencia está en la base de un interés por el desarrollo de la CMA.

En España en los últimos años y merced a iniciativas de profesionales sanitarios, se han desarrollado programas de CMA aislados que, si bien operativos, adolecen del soporte de una planificación institucional, razón por la que la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria quiere suministrar al Sistema Nacional de Salud las bases para que el desarrollo de la CMA se realice con el mayor éxito posible.

El análisis permitió identificar, por un lado, los aspectos beneficiosos y la necesidad de implantación de la CMA en España y, por otro lado, los problemas y dificultades que se plantean en su desarrollo (28).

En España la actividad de la CMA comienza en 1.987 y el primer artículo que se publica sobre pacientes quirúrgicos ambulatorios es en 1988 (37,38).

En octubre de 1990 se inauguró en el Hospital de Viladecans de Barcelona, la primera unidad de CMA con la finalidad de atender al paciente quirúrgico mediante anestesia local, regional o general en unas estancias preparadas para dar de alta y remitirlo a su domicilio.

El Hospital de Viladecans empezó a funcionar el año 1988, con 114 camas y un área de referencia de 110.000 habitantes. Desde sus inicios incrementaba rápidamente sus listas de espera y con escaso crecimiento presupuestario, lo que obligó a remodelar una

superficie de 600 metros cuadrados para adaptarla como Unidad de CSI. Al realizar intervenciones sin demora y con un alto grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares, las intervenciones de CMA pasaron desde un 11 % en el año de su apertura hasta el 63 % en el año 1993 (39,40).

En 1992 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el INSALUD, en el Hospital de Paraplégicos de Toledo. Su creación y apertura se precedió de un análisis previo de las características demográficas de la población del área, la demanda de procesos subsidiarios de ser atendidos, los recursos humanos y técnicos necesarios y el estudio presupuestario de todas las actividades de la Unidad. Según recoge su memoria de resultados con su creación se ha pretendido alcanzar el objetivo de ofertar a la población de su entorno una prestación ya implantada en Europa Occidental y Estados Unidos para modernizar técnicas quirúrgicas y anestésicas, buscando el mayor confort y la menor distorsión en la vida y familia del paciente (41).

Según Villacorta, en este mismo año, en septiembre de 1992, se inauguró en el Norte de Madrid el primer Centro Médico Privado de cirugía mayor ambulatoria, a la vez que se establece el Sistema de CMA dentro de la Unidad de Cirugía General y Endoscópica en un hospital privado, integrándose en la estructura general del hospital.

También en 1992 tuvo lugar el Primer Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria en España y a partir de aquí se fundó la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA).

Los días 9 y 10 de Mayo de 1994, se celebró en Madrid un Simposium sobre CMA, prestando un especial interés por las técnicas anestésicas, que juegan un papel clave en el desarrollo de estos programas. (42)

En 1995 se realizó el Segundo Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria (Sevilla) y se creó la *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS).

En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (28).

En 1994, el INSALUD consideró que la CMA debía ser un objetivo prioritario y estableció que se financiaría con una cantidad previamente establecida. En 1999 se pasó a financiar por proceso, a través de la unidad de complejidad hospitalaria (UCH), y el hospital recibe la misma financiación al realizar una intervención ambulatoria o con ingreso, favoreciendo el impulso que necesitaba la CMA.

Sin embargo, los factores que favorecen su desarrollo son: el incremento progresivo de los costes de los servicios hospitalarios, el aumento de las listas de espera, la seguridad y eficacia demostradas por la CMA, la irrupción de procedimientos endoscópicos y laparoscópicos, los avances anestésicos con fármacos que permiten una rápida recuperación de los pacientes y los profesionales con iniciativa (43,44).

La evolución de las técnicas anestésicas en oftalmología ha seguido un curso paralelo a los avances obtenidos en esta especialidad.

Desde el descubrimiento de la cocaína como anestésico local por Koller en 1884 y su empleo por Knapp por vía retrobulbar, hasta la aceptación definitiva de esta técnica, transcurrieron cincuenta años. Desde este descubrimiento, la anestesia local ha sido una alternativa a la anestesia general. Hoy la anestesia regional se emplea en numerosos procedimientos, y sobre todo en la cirugía de cataratas. Hasta un 70 % de las cataratas en pacientes mayores de 70 años se realizan en régimen ambulatorio (45).

La disponibilidad de agentes anestésicos de acción rápida y corta (desflurano, sevoflurano, propofol) y de opiáceos (remifentanilo) con rápida metabolización y ausencia de depresión respiratoria tardía han contribuido de manera importante al avance de la cirugía ambulatoria, ya que todos sus efectos clínicos están orientados a facilitar la recuperación temprana.

Los anestésicos inhalatorios, sevoflurano y desflurano, por su bajo coeficiente de participación sangre/gas y su baja solubilidad tisular facilitan un control preciso de la concentración alveolar durante el mantenimiento y una rápida recuperación al cesar su administración. El propofol, por sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas, es considerado uno de los agentes de elección, tanto para la inducción como para el mantenimiento en cirugía ambulatoria. La asociación de remifentanilo con propofol o desflurano es de esperar que acorte los tiempos de despertar y facilite un alta más temprana de las unidades de CMA.

La adecuada analgesia postoperatoria constituye un criterio de alta en la unidad, y es una de las claves del éxito de los programas de CMA. Se ha demostrado que el grado de satisfacción del paciente guarda una relación directa con el control del dolor postoperatorio (46).

En 1909, en la clínica quirúrgica de Heidelberg (Alemania), se redujo la incidencia de intervenciones con anestesia general de un 85 % a un 52 %. Actualmente frente a la disparidad existente entre la demanda de asistencia médica y la disponibilidad de recursos, la anestesia local vuelve a ser una alternativa al permitir una mejor utilización de las camas hospitalarias.

En 1969, Alexander Williams comentaba que si el Servicio Nacional de Salud no disponía del dinero necesario para dar un servicio perfecto, la única alternativa era el uso más racional del dinero disponible. La razón para hospitalizar a los enfermos intervenidos estaba en la antigua idea de que el reposo era necesario para la buena consolidación de las heridas quirúrgicas.

En el momento actual, donde la sanidad debe sujetarse a los parámetros de racionalidad económica, es cuando la cirugía ambulatoria recobra todo su sentido. La adaptación de la demanda asistencial a los recursos disponibles debe hacerse sin repercusión sobre la calidad asistencial y dirigirse hacia la hospitalización innecesaria. En nuestra experiencia hemos comprobado cómo una buena relación médico-enfermo es altamente eficaz en el sentido de disminuir la ansiedad del paciente quirúrgico ambulatorio. Esta disminución de la ansiedad se consigue a base de una información precisa sobre ambas opciones – hospitalaria y ambulatoria – junto con la libre elección de una de ellas.

El ahorro económico, la calidad asistencial y el grado de aceptación conseguidos en otros países, también se pueden obtener en nuestro sistema sanitario. Desde que

Farquharson, en Europa, y Trice, en Estados Unidos, preconizaron, a mediados de siglo, la herniorrafia con anestesia local y sin hospitalización, en la literatura internacional han aparecido múltiples comunicaciones demostrando la rentabilidad de este procedimiento.

De las experiencias de la literatura parece deducirse que:

- a) Más de un tercio de la totalidad de procedimientos quirúrgicos (incluyendo endoscopias, reducción de fracturas, cirugía de especialidades, etc.), puede realizarse de modo ambulatorio, con una mortalidad intraoperatoria de alrededor de 1/50.000 y mínima o nula necesidad de traslado al hospital.
- b) La satisfacción para el paciente y para el personal sanitario es mayor, con un menor consumo de tiempo médico.
- c) La edad de los pacientes no es una contraindicación para la CMA.
- d) Los costes se reducen aún más, pues se ahorra entre un 48-72 % de servicios y pruebas innecesarias.

El funcionamiento de Unidades de Corta Estancia persigue una serie de objetivos de diversa índole:

- a) Asistenciales: Acortamiento de la Lista de Espera. Descongestión sanitaria con mayor disponibilidad de camas. Potenciación de la Asistencia Primaria.
- b) Económicos: Disminución de los costes asistenciales.
- c) Sociales: Disminución de los días de baja laboral. Disminución de los trastornos que supone para el enfermo y sus familiares el ingreso hospitalario.

Es muy importante el papel del médico de cabecera. En el reino Unido, estas unidades funcionan desde el año 1969, y en el esquema básico de funcionamiento nos encontramos al médico de cabecera y a la enfermera de distrito, los cuales, en coordinación con el personal de la unidad, controlan domiciliariamente a estos enfermos.

La utilización del quirófano por las tardes se debe contemplar como un factor de abaratamiento de costes, al lograr que una estructura ya creada tenga un rendimiento que antes era nulo. (47)

Con carácter retrospectivo desde la implantación de la CMA en nuestro país podemos considerar tres grandes periodos hasta el momento actual: inicio de la disciplina, desde 1.987 hasta 1.994, periodo de progreso, entre 1.944 y el año 2.000 y a partir de aquí continúa su periodo de madurez (48).

La CMA Pediátrica representa un alto porcentaje en la asistencia quirúrgica infantil. En el área pediátrica es muy importante buscar el mayor bienestar del niño enfermo y a la vez favorecer la colaboración de los padres para disminuir su ansiedad (49).

La familia descrita como un sistema abierto o un ecosistema que interacciona libremente con su ambiente, y que crece, se desarrolla y evoluciona a lo largo del

espacio y del tiempo, es un conjunto integrado y unificado, que es más que la suma de sus diferentes partes. La familia es un sistema compuesto por partes interdependientes, de modo que un cambio en una de ellas provoca cambio en los demás miembros.

De esta manera, una intervención quirúrgica y/u hospitalización de un miembro de la familia puede constituir una crisis, en mayor o menor medida, de toda la familia.

Las repercusiones psicológicas en la familia se basan principalmente en la ansiedad de los padres, en las estrategias de afrontamiento utilizadas y en las reacciones de los hermanos. La ansiedad parenteral es comunicada al niño de forma verbal y no verbal, incrementando su nivel de ansiedad.

Aunque los estudios conocidos son contradictorios en el beneficio que produce la presencia de los padres en el postoperatorio y a pesar del contagio emocional estresante en padres ansiosos, su presencia en la práctica totalidad de los casos debe de recomendarse en el entorno hospitalario hasta que se produzca el alta (50).

La lista de espera puede definirse como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento” y está formada por las personas que han solicitado recibir un servicio y están esperando para ser atendidos.

Los tipos de espera representan un serio problema. Hasta ahora se ha actuado sobre las listas de espera quirúrgicas, que son las más evidentes, pero no necesariamente graves. Las listas de espera para consultas externas y para determinados procedimientos terapéuticos y diagnósticos revisten, si no más importancia que las listas de espera quirúrgicas, al menos la misma. La espera para consultas y procedimientos diagnósticos genera en los usuarios una mayor falta de confianza en el sistema pues supone una ansiedad ante el diagnóstico posible, mientras que la lista de espera quirúrgica es para solucionar un diagnóstico conocido no grave aunque sí, en ocasiones, invalidante.

Las listas de espera reflejan deficiencias del modelo macroeconómico actual, al no existir moduladores de la demanda, y coincidir, en ocasiones, con una falta de adecuación organizativa (51).

Veremos a continuación los principales tipos de cirugía ambulatoria, según Dominguez-Adame:

- a) Cirugía menor ambulatoria: Es la realizada en consulta o quirófano adaptado con anestesia local. No precisa estancia en sala de recuperación.
- b) Cirugía mayor ambulatoria: Se practica con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación postquirúrgica no superior a 8 horas, y se produce el alta el mismo día de la intervención.
- c) Cirugía ambulatoria de recuperación tardía. Se produce el alta al día siguiente de la intervención quirúrgica, no superior a 23 horas desde su ingreso. Se realiza con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación postquirúrgica.
- d) Cirugía de corta estancia: Requiere hospitalización entre 24 y 72 horas; siendo esta última hora la máxima donde se dará de alta.



Con la reducción del número de estancias no se reducen los costes globales por episodio de hospitalización, por las siguientes razones:

1. Los costes se trasladan en parte desde los hospitales hacia la atención primaria con más visitas al médico de familia y un alto uso de los servicios de enfermería, sobre todo en ancianos.
2. En un ingreso quirúrgico el periodo de consumo de recursos más intenso es al principio, cuando la cirugía y la recuperación inicial han tenido lugar. La reducción de estancias ni divide a la mitad los costes evitados.
3. Una reducción en la demanda de camas hospitalarias quizás no resulte en un ahorro monetario, a menos que esto permita el cierre de salas.
4. La reducción del número de estancias permite una mayor cantidad y rapidez del número de pacientes tratados, lo que probablemente incrementará el coste financiero global.
5. Un mayor número de pacientes se vuelven elegibles para la cirugía si las barreras sociales y domésticas son abolidas. (52)

Teniendo en cuenta la buena aceptación de procedimientos asistenciales llegados desde países anglosajones ¿por qué no se implanta con mayor celeridad la cirugía sin ingreso?

La respuesta puede ser que la cultura anglosajona al ser diferente a la mediterránea tanto en el conocimiento de salud como en las características del comportamiento individual y de grupo de la población, responde desigualmente ante este cambio en el patrón quirúrgico. Mientras que en EE.UU. o Gran Bretaña por estas fechas tenían un bagaje sólido en este campo, en España se inician 20 años después reuniones y Congresos en torno a este tema, véase el Symposium de Toledo del año 1989.

Las razones apuntadas para este lento despegue pueden ser algunas de las siguientes:

- a) Conocimiento insuficiente del personal sanitario de las técnicas para evitar complicaciones indeseables.
- b) Resistencia de los gestores sanitarios para añadir a su cartera de servicios un programa que necesita de inicio un desembolso económico extra en infraestructura.
- c) Miedo del paciente al abandono de la institución en el propio domicilio, sin que se pueda requerir con inmediatez los cuidados que presta el hospital.
- d) Pérdida de independencia familiar en el ritmo de la vida cotidiana, que obliga a sus miembros a dedicar parte de su tiempo, incluido el laboral, en atender al paciente quirúrgico.

### **1.3. Unidades de CMA**

#### **1.3.1 Tipos**

La unidad de CMA (UCMA), se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia sanitaria multidisciplinaria a procesos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia. Existen tres diferentes formas:

A. Integrada, incluida y controlada por el hospital.

Tipo I: Se comparten todos los recursos con el hospital. Esta integración completa provoca interferencias en las circulaciones y en la funcionalidad de los miembros de la unidad que comparte actividad con el resto del bloque quirúrgico.

Tipo II: Aunque con organización independiente sus miembros a tiempo completo o parcial, se integran en una doble dependencia a través de la Unidad y de los Servicios Quirúrgicos. Diferenciándose con la anterior en que la admisión y la zona de readaptación al medio están diferenciadas.

Tipo III: Los recursos quirúrgicos, de consulta y de admisión son propios, pudiendo estar en el hospital pero con una clara delimitación arquitectónica o bien fuera de él. Estas unidades ofrecen en teoría una mejor circulación intrahospitalaria pero requieren mayor inversión inicial mayor.

B. Autónoma o *free-standing*, en edificios distantes pero controlados por el hospital, con una dependencia administrativa.

C. Independiente. Organización propia y estructura totalmente independiente.

#### **1.3.2. Áreas Arquitectónicas**

Existen tres áreas bien diferenciadas en la UCMA:

- Área de Actividad.
- Área de Soporte.
- Área Administrativa.

El área de actividad representa la mayor superficie y estará condicionada por:

- El tipo de procedimiento.

- Número de procedimientos/año.
- Duración media de los procedimientos.
- Horario de funcionamiento del quirófano.
- Días que la unidad está abierta.
- Número de días laborales al año.

Las áreas arquitectónicas indispensables de las UCMA son:

- a) Admisión y recepción: Deberá ser un área de fácil acceso que incorporará un espacio para atención al paciente. Es importante un grado de privacidad para la obtención de datos personales y la suficiente capacidad física y tecnológica para desarrollar eficazmente su actividad.
- b) Consulta: Evaluación clínica, y anestésica si se requiere, para el diagnóstico, selección e información del paciente.
- c) Sala de Espera: Zona específica para familiares y pacientes, confortable y con aseos para los casos de prolongación del proceso quirúrgico.
- d) Vestuarios diferenciados por sexo para pacientes y personal, con taquillas, lavabo e inodoro.
- e) Área de preparación preoperatoria: Sus funciones son de cumplimiento del proceso y de las instrucciones preoperatorias, evaluación anestésica y preparación específica.
- f) Quirófano: Intervención quirúrgica del paciente seleccionado. Es recomendable un mínimo de dos quirófanos para conseguir mayor eficacia. Serán diseñados según el tamaño mínimo adecuado, 35 m<sup>2</sup>, y dotados de manera específica para las funciones que en el se lleven a cabo, con tomas de gases en torretas y paredes accesibles.
- g) Área de Despertar: Zona de monitorización de las constantes vitales en el inmediato postoperatorio. Zona de recuperación de la conciencia, estabilidad y reflejos vitales. Esta sala debe incluir camas, equipos y utillaje completos de monitorización, resucitación y farmacología, disponibles de forma inmediata ante cualquier emergencia.
- h) Área de readaptación al medio o Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA): Se completa la monitorización previa al alta, y una vez que cumple los requisitos prealta se informa con las oportunas instrucciones a paciente y familiares. Dispone de sillones reclinables que permiten adoptar progresivamente la posición de sedestación a partir de la posición de decúbito. En esta readaptación al medio se permite el acompañamiento de un familiar, posibilitando un ambiente más familiar.
- i) Alta: Salida, si se comprueba que se han cumplido todos los puntos anteriores (28,29,30,53,54,55).

### **1.3.3. Entidades nosológicas en Cirugía Mayor Ambulatoria**

Según Detmer escribía en 1982 (1), el 75% de las intervenciones de Cirugía Ambulatoria se realizan en los diez procesos mas frecuentes en régimen ambulatorio:

- 1.- Dilatación y raspado ginecológicos.
- 2.- Miringotomía.

- 3.- Ligadura de trompas.
- 4.- Pequeña ortopedia.
- 5.- Estomatología.
- 6.- Extirpaciones cutáneas.
- 7.- Laparoscopia.
- 8.- Amigdalectomía y adenoidectomía.
- 9.- Cistoscopia.
- 10.- Artroscopia.

En esta década de los 80 y según el *American College of Surgeons* (56), de los diez tipos anteriores de intervenciones más habituales que se efectuaban, seis serían candidatas de llevarse a cabo según los principios de la Cirugía Ambulatoria:

- 1.- Biopsias (diversas)
- 2.- Dilatación y raspado ginecológicos.
- 3.- Extirpaciones cutáneas.
- 4.- Ligadura de trompas.
- 5.- Cataratas.
- 6.- Hernia inguinal.

#### ***1.4. Cirugía Ambulatoria en Pediatría (CMAP)***

Los primeros pasos de la Cirugía Ambulatoria se dieron, como ya se ha comentado, con las publicaciones de Nicoll, 1909, y Herzfeld, 1938, que trabajan para acortar el tiempo de estancia hospitalaria del enfermo pediátrico y evitar la separación del niño de sus padres (57).

La preparación de los padres es muy importante en pediatría.

Ventajas:

- Deambulación precoz.
- Disminución del riesgo de infecciones hospitalarias.

- Disminución de la ansiedad de la separación.
- Disminución del trastorno familiar.

Según Rigg, las finalidades de un plan de Cirugía ambulatoria Infantil deben ser las que se exponen a continuación:

Finalidades:

- Asegurar que la calidad sea igual a la de la cirugía convencional.
- Acortar la separación niño-padres.
- Disminuir la estancia en sitio extraño.
- Estimular la educación del niño y de los padres.
- Evaluar criterios de selección
- Determinar el mejor método anestésico.
- Implicar a familiares en los planes ambulatorios.
- Servir de modelo de otros programas.
- Proporcionar recursos de educación e investigación.
- Disminuir gastos de estancia hospitalaria.

Los tipos de intervenciones en más frecuentes en pediatría son:

- Hernias (inguinales, umbilicales)
- Quistes tireoglosos.
- Rectoscopias y lesiones anales.
- Bronoscopias.
- Esofagoscopias.
- Procedimientos génito-urinarios.

Técnicas endoscópicas.

Técnicas Quirúrgicas.

- Traumatología.
- Cirugía Plástica.

- Estomatología.

- Otorrinolaringología.

Los resultados, debido a la edad de los pacientes, son excelentes, al permitir cicatrización y recuperación rápidas.

Son numerosos los autores que publican buenos resultados, en casuísticas de elevado número de pacientes intervenidos. Destacamos el Hospital Infantil de Winnipeg que en un periodo de treinta años de un total de 39.654 casos, el número de problemas postoperatorios surgidos fue del 1,5%. Con una tasa de reingresos del 1,1%. Las complicaciones más frecuentes fueron náuseas, vómitos, sangrado e infecciones de la herida (58,59).

La patología quirúrgica en la infancia precisa en un 60-70 % de los casos, de intervenciones de corta duración, con escasas pérdidas hemáticas y bajo riesgo quirúrgico.

La aplicación de los criterios generales de CMA en el niño se cumplen con relativa facilidad, ya que el 80% de los pacientes no presentan patologías asociadas.

Los objetivos de la CMAP se pueden definir en sociales, sanitarios y económicos. Al disminuir el tiempo de hospitalización el entorno familiar se ve menos alterado y hay un mayor confort psicosocial, con una adecuada información disminuye la ansiedad familiar y mejora su colaboración. Desde el punto de vista sanitario se ha demostrado una disminución de la infección nosocomial, recuperación precoz del paciente en los aspectos somático y psicológico, así como un acortamiento de las listas de espera. Desde el punto de vista económico al disminuir la estancia hospitalaria disminuyen los costes económicos y hay un mayor aprovechamiento de los recursos.

Criterios de inclusión:

I. Tipo de procedimiento quirúrgico:

- a) Corta duración (no superior a los 60 minutos).
- b) Con escasas pérdidas hemáticas.
- c) Si apertura de cavidades ni afectación de órganos principales.
- d) Dolor postoperatorio leve o moderado.

II. Sin límite de edad:

- a) Niños sanos: ASA I - ASA II. (Ver Anexo).
- b) Niños con enfermedades sistémicas bien controladas: ASA III (asma, diabetes).

c) Entorno familiar o social adecuado. A valorar en cada situación.

III. Distancia a un Centro sanitario no superior a 1 hora de viaje.

Criterios de alta:

Se debe informar a la familia tras finalizar la intervención, disminuye el tiempo de angustia de los padres.

Todos los criterios de alta tras la intervención quirúrgica se deben de cumplir de forma rigurosa para evitar reingresos y complicaciones no deseadas:

- El paciente debe estar consciente.
- Normalidad de las constantes vitales
- No evidencia de complicaciones ni dolor intenso.
- Constancia de una diuresis normal.
- Ingesta normal de líquidos.

## ***1.5. Rasgos propios de la CMA***

### **1.5.1. Ventajas**

Disminución de la lista de espera:

Con el desarrollo de programas de corta estancia se evitan estancias innecesarias que agilizan el recambio de pacientes en el medio hospitalario, acelerando la entrada de pacientes que de otro modo deberían esperar a ser intervenidos. Se liberan camas para pacientes más graves y a la vez se reduce la demanda de intervención quirúrgica (60).

Disminución del coste asistencial:

Con disminuciones de un 20 a un 30 %. La reducción del uso de la cama hospitalaria reduce el coste por proceso tratado, según Ruckley, las estancias por hernia inguinal pueden acortarse seis días, las intervenciones de varices en cinco días y las apendicectomías en cuatro (61,62,63).

Atención Personalizada:

Se acerca la relación médico-paciente (64).

Disminución de la ansiedad:

Se desdramatiza el acto quirúrgico. El paciente se desenvuelve en un medio más asequible y cercano a su cotidianidad, contribuyendo a su tranquilidad personal (29,65,66).

Al disminuir el tiempo de estancia hospitalaria:

- Menor riesgo de infección hospitalaria
- Mínima alteración del modo de vida familiar y social, con reincorporación rápida al trabajo.
- El paciente abandona su medio tan sólo unas horas. Principalmente importante para personas dinámicas que prácticamente no ven interrumpido su ritmo de vida actual (67).

### **1.5.2. Inconvenientes**

Incumplimiento de las instrucciones que reciben en la fase de prealta:

El que más importancia nos merece destacar es el referente al ayuno o indicaciones médicas previas con fármacos, dieta, reposo, etc. que obliga a posponer o suspender la intervención.

Sensación de abandono por parte del paciente a partir del alta hospitalaria:

En el hospital el paciente recibe atención cualificada en un medio con infraestructura adecuada. Esta pérdida se puede mitigar con información orientada a evitar una percepción de cambio brusco en el paso del entorno sanitario al familiar.

Inadecuada colaboración de la familia:

Es necesaria la colaboración de un adulto responsable que asegure cuidados postoperatorios y vigile un reposo mínimo del paciente (68).

Dedicación exclusiva de los especialistas:

Evitar que el desarrollo práctico y formativo del cirujano y el anestesta se circunscriban con exclusividad en la ambulatorización (20,69).

Dedicación de insuficiente tiempo a la información:

Es necesario dedicar un tiempo suficiente para informar adecuadamente a los pacientes evita temores innecesarios que perjudican tanto a pacientes como a familiares. La información escrita explicada en lenguaje llano y comprensible mejora la colaboración y la buena marcha general de las fases tanto pre como postoperatoria (70,71,72).

### **1.6. Selección de Pacientes**



Los programas de CMA requieren de una adecuada selección de pacientes que asegure el éxito final. Aún así y tomadas todas las precauciones posibles, siempre se presentará alguna complicación inesperada. Si el centro es independiente de un hospital en estos casos es un factor de riesgo la espera y el traslado en ambulancia del recién operado.

La idoneidad de los pacientes esta influida por varios factores que citamos a continuación:

a) Edad.

Se descartan niños de corta edad para evitar problemáticas añadidas. En los pacientes de edad avanzada el límite lo establecerá su estado de salud. En este apartado es obvio que la recuperación estará relacionada con el tiempo de recuperación postoperatorio. (73)

b) Psicología.

Un niño de corta edad manifestará su rechazo a separarse de sus padres, beneficiándole con claridad la entrada en un programa de cirugía sin ingreso.

En adultos que rechacen esta opción quirúrgica será mejor que no se acepte la intervención, puesto que ante la más mínima complicación serán críticos y manifestarán su insatisfacción.

c) Familia.

La colaboración de la familia en todo momento, antes, durante y después de la cirugía es muy importante.

El respeto y cariño de la propia familia le predisponen al paciente a entrar en el programa quirúrgico con buenas perspectivas. Le ayudarán en la recuperación inmediata y evitara la deambulación precoz en el domicilio. En otro extremo si no se cuenta con esta colaboración, el domicilio deberá planearse con un sofisticado dispositivo de asistencia que resulta poco procedente.

d) Transporte.

Es recomendable que la duración del traslado a su domicilio no exceda los treinta minutos. En las grandes ciudades y por problemas de congestión de tráfico deben preverse rutas y horarios alternativos para evitar que estas condiciones adversas empleen tiempos de traslado superiores a sesenta minutos.

e) Duración de la intervención y tipo de anestesia.

En todas las especialidades se puede incluir para CMA un gran número de procedimientos. Las operaciones serán programadas, con un riesgo hemorrágico mínimo, no se abrirán cavidades a excepción de procedimientos endoscópicos, el dolor postoperatorio será controlable con analgésicos parenterales y la duración de la intervención no debe superar los 90 minutos.

El *American College of Surgeons*, establece que la CMA debe durar más o menos 90 minutos y una recuperación postoperatoria de 4 horas. No debe aparecer dolor postoperatorio intenso.

La aceptación de pacientes según la clasificación ASA (*American Society of Anaesthesiology*) serán los enfermos ASA I y II, y los ASA III estables (ver anexo VI).

Los pacientes que superen satisfactoriamente los requisitos solicitados se incluirán según ciertos aspectos como son: El tiempo de acceso al centro sanitario no debe ser superior a una hora, el domicilio será accesible y reunirá las condiciones adecuadas en su convalecencia, dispondrá de teléfono para la comunicación de contingencias y finalmente la asistencia de un familiar responsable en el periodo de las primeras 48 h. tras producirse el alta.

La exclusión de pacientes estará determinada por la renuncia voluntaria a esta modalidad quirúrgica, obesidad severa y diabéticos e hipertensos no controlados, pacientes psiquiátricos, drogodependientes y pacientes con problemas de coagulación.

Es importante analizar el impacto de la prueba preoperatoria para la cirugía. El propósito de esta valoración es el estado de salud previo al acto anestésico, es decir informarnos de la historia médica y del estado físico y mental del paciente, con objeto de determinar si alguna enfermedad puede retrasar, modificar o contraindicar la cirugía o bien para poner al paciente en las mejores condiciones posibles, y así planificar la conducta peroperatoria. Es preceptivo informar al paciente acerca de la anestesia y obtener por escrito su consentimiento informado. Tanto la mortalidad como la morbilidad asociadas al acto quirúrgico aumentan en función de la gravedad de la enfermedad preexistente.

La concienciación de los profesionales sanitarios en su preocupación por la existencia de la variabilidad de la práctica clínica, la eficiencia de las actuaciones médicas y la contención de los costes, debe extenderse a la sobrerealización de pruebas innecesarias. Numerosos estudios cuestionan la utilidad de las pruebas preoperatorias solicitadas rutinariamente en relación al valor predictivo de las mismas.

Numerosos autores recomiendan solicitar las pruebas de coagulación tan sólo si así lo aconsejan la exploración física o la anamnesis realizada mediante un cuestionario específico.

Varios estudios han demostrado que en ausencia de cualquier indicación clínica, la probabilidad de encontrar una anomalía significativa es reducida para las pruebas de laboratorio, electrocardiograma y radiografía de tórax. Se sugiere que la historia clínica y la exploración física pueden ser suficientes para pacientes sanos que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente.

En el estudio de Serrano, los antiguos protocolos o las más recientes guías de práctica clínica pretenden homogeneizar la toma de decisiones y aproximarla a la mejor evidencia científica disponible. Sin embargo, en todos los hospitales y aún disponiendo de protocolos para el estudio preoperatorio, se observan variaciones importantes en los patrones de utilización de las pruebas preoperatorias en la población asintomática. Este aspecto del proceso quirúrgico debe servirnos para mejorar la calidad asistencial y ahorrar presupuesto, porque contribuimos a la mayor ocupación de quirófanos y a la reducción de las cancelaciones (74,75).

## ***1.7. Selección de Procedimientos***

Los procedimientos que se vayan a realizar en cada unidad dependerán de las necesidades asistenciales de cada área sanitaria y de la lista de espera de cada centro hospitalario (76).

Al seleccionar los procedimientos hay que tener muy en cuenta la intensidad de los cuidados postoperatorios; por ello seleccionaremos aquellos procedimientos que:

- a) tengan mínimo riesgo de hemorragia
- b) si necesitan anestesia general, no será superior a 90 minutos
- c) produzcan un dolor fácilmente controlable
- d) no impliquen apertura de cavidades

## ***1.8. Calidad***

La satisfacción de los pacientes/usuarios/clientes en la década de los noventa ha sido prioritario en los nuevos modelos de gestión de los servicios de salud, convirtiéndose en un objetivo prioritario. Actualmente el concepto de calidad es la satisfacción de las necesidades de los clientes. Esta situación está produciendo cambios en la prestación sanitaria global y especialmente en la atención hospitalaria.

A pesar de las muchas ventajas de la CMA, la resistencia tradicional de los profesionales y usuarios a cualquier cambio y el hecho de que los pacientes pueden sentirse más inseguros y peor atendidos, hacen necesario el conocimiento de la opinión de los agentes intervinientes en el proceso para evaluar si se cumplen las expectativas, detectar los puntos débiles, así como identificar los factores que provocan inseguridad e insatisfacción. El concepto de calidad actual es la satisfacción de las necesidades de los clientes, es decir, es el resultado del proceso de servicio que el usuario obtiene de él.

Medir la satisfacción de los clientes permite conocer la mayor parte del nivel de calidad percibida de la atención prestada, ya que la calidad es un resultado de la asistencia. Aunque existen diferentes métodos para conocer el grado de satisfacción de los usuarios, como la entrevista, la observación directa y otras, pero la más empleada es la encuesta. A pesar de encontrar múltiples cuestionarios en la literatura, dentro de los más utilizados y que además están validados son la Escala de Satisfacción de Paciente con los Cuidados de Enfermería (LOPSS), el Cuestionario de Expectativas de los pacientes, el SERQUAL y el SERVQHOS.

Este tipo de cuestionarios aunque no son específicos de la Cirugía Mayor Ambulatoria miden la satisfacción con la hospitalización en general y/o con los cuidados recibidos durante esa hospitalización en particular (77,78).

Los requisitos básicos que una unidad de CMA debe cumplir son: seguridad, calidad y eficacia. Para conseguir que el número de complicaciones anestésicas y quirúrgicas se

reduzca al mínimo posible. El procedimiento quirúrgico se realizará buscando que el paciente vuelva lo antes posible a su domicilio libre de dolor, sangrado, náuseas y vómitos.

En la actualidad la ambulatorización ha conseguido cifras del 70 %, por la aplicación de nuevas técnicas anestésicas y fármacos de última generación, reduciendo los tiempos de recuperación.

La evaluación de indicadores de calidad, del tipo, morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia postoperatoria, ingresos que no se pueden dar de alta, las visitas a urgencias, y otros; y su comparación con estándares permiten que conozcamos mejor lo que hacemos y como podemos rectificar los errores cometidos.

Los vómitos y el dolor postoperatorio son los factores que más frecuentemente producen retraso en el alta del paciente.

El ingreso de un paciente programado para CMA, que no puede ser dado de alta en el mismo día de la intervención supone el fracaso del programa y refleja la existencia de problemas en alguno de los periodos pre, peri o postoperatorio.

El porcentaje de reingresos debe mantenerse por debajo del 2% (79).

La gestión del proceso es una herramienta de gestión de la calidad y supone concatenar decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden secuencial preestablecido. El objetivo es conseguir un resultado previsible y satisfactorio, en el sentido de que garantice y satisfaga las expectativas y necesidades de los clientes internos y externos.

El rediseño del proceso quirúrgico en un programa de CMA tiene como resultado:

- La no utilización de la cama hospitalaria.
- El mantenimiento de todas las fases del proceso quirúrgico, actuaciones clínicas y técnicas anestésicas.
- Garantiza la continuidad de la asistencia hasta el alta definitiva (80).

El control de calidad de la asistencia sanitaria se realiza siguiendo los enfoques clásicos de estructura, proceso y resultado, formulados por Donabedian.

## ***1.9. Gestión Económica***

Dentro de los países democráticos existen modelos sanitarios de todo tipo, en los extremos están los Estados Unidos de Norteamérica, que consume el 14% del PIB nacional con un sistema de salud privado que actúa limitando el consumo a través del precio y en el otro están los países de la Unión Europea que proporciona a sus ciudadanos una provisión de servicios sanitarios mediante un sistema de seguridad social, como el caso de Alemania o Francia, que dedican el 10% de la renta a la salud o

sistemas de salud que proponen una proporción más baja de participación de la renta nacional en sanidad, como en España o el Reino Unido que dedican el 7,7%; en este caso el consumo se limita con las listas de espera.

Las diferencias básicas entre estos tipos de sistemas de salud expuestos se refieren a la fuente primaria de financiación que suponen las aportaciones privadas en el sistema privado, las cotizaciones sociales en un sistema de seguridad social, o los impuestos generales de distinto alcance (nacional, regional o municipal) en un sistema nacional de salud. Así, el modelo de financiación del sistema privado, utilizando como ejemplo Estados Unidos, se financia en un 55% de recursos privados, como los copagos y las aportaciones a seguros privados, mientras que también recibe financiación pública mediante programas federales como *Medicare*, para personas mayores de 65 años y discapacitados, o *Medicaid*, financiado mediante fondos públicos federales y estatales, y que tiene como población objetivo parados y otras personas con nivel bajo de renta. Sin embargo, el sistema de seguridad social se financia entre un 70 y un 75% de cotizaciones sociales, mientras que también recibe financiación de impuestos, copagos de los ciudadanos (11-13%) y aportaciones de otros seguros (7-10%). Por último, en un sistema nacional de salud, la financiación proviene principalmente de los impuestos generales; aunque también existen en este sistema financiación privada es minoritaria y corresponde a copagos y otros seguros privados (81,82,83,84).

La pugna por los recursos asignados a la atención especializada es tan fuerte que las autoridades sanitarias se ven obligadas a establecer recortes periódicos para evitar incrementos no deseados.

En este sentido todos los implicados en el entorno hospitalario, personal sanitario, no sanitario y gestores, se deben esforzar para evitar que no se afecte la atención al usuario (Demandante de recursos clínicos y/o administrativos, enfermo o no) y al paciente (enfermo), pero sin renunciar a proponer e implementar experiencias que reduzcan los costos y sean compatibles con las garantías de calidad de la atención.

Aunque parece evidente que toda la literatura recalca las ventajas de ahorro de la cirugía mayor ambulatoria, es más difícil detallar en donde se produce y en que cuantía. Existen experiencias en las que se refleja que este tipo de cirugía es una experiencia negativa para el hospital porque se incrementan las partidas presupuestarias con incrementos de material, personal de refuerzo, fármacos, alargamientos de estancias por ingreso de pacientes más complicados.

Nadie pone en duda la repercusión beneficiosa que supone la actividad de CMA en la economía general y social de todos los ciudadanos.

Algunas experiencias sobre ahorro en el gasto se refieren a procesos de determinadas cirugías, entre ellas son las siguientes:

En el *Surgicenter* de Phoenix, considerando todos los gastos, la intervención de una hernia inguinal ahorro 95 dólares por paciente.

Ryan en 1984 calcula que en los pacientes operados ambulatoriamente por hernia inguinal se reducen los gastos en un 39% (85).

En el año 1978, Ruckley, comunica resultados parecidos con un ahorro por paciente intervenido de cien libras (86).

En nuestro país Sarabia, publicó un trabajo de hospitalización a domicilio en el que pacientes médicos, quirúrgicos y médico-quirúrgicos, a los que se les valoraba los actos y su complejidad, retribución de personal y desplazamiento al domicilio calculándose reducciones de una sexta parte respecto a la hospitalización convencional (87).

La Gestión se ve mediatizada por unos criterios centralizados que imponen una serie de restricciones graves a las posibilidades de actuación gestora:

- a) La arbitrariedad de la financiación por "adjudicación" produce alteraciones en las compras de material y en la gestión del personal.
- b) La existencia de estatutos, que encorsetan la gestión de recursos humanos y económicos.
- c) Los dictados de conductas generales de actuación, que son contrarias a las acciones de los Centros Asistenciales (88).

La contabilidad financiera se desarrolló cuando la complejidad de la empresa sanitaria provocó la necesidad de reflejar en números la realidad de la organización sanitaria, pasando a ocupar un papel clave para optimizar costes y ser competitiva en un contexto nuevo de evolución de nuevas tecnologías. La información generada se modula a través de la contabilidad analítica, distribuyendo los ingresos y los gastos del hospital entre las diferentes unidades para analizar el consumo de cada uno de ellos.

El desarrollo económico y los avances tecnológicos de la medicina provocan un incremento de costes por atender el incesante aumento de la demanda sanitaria, que cada vez es más exigente por el mayor conocimiento de la población y de su nivel cultural.

La contabilidad analítica pretende ofrecer el detalle y la flexibilidad que los responsables de los centros necesitan para tomar decisiones relativas a la eficiencia.

Los objetivos prioritarios de la contabilidad analítica en el hospital son:

- a) Proporcionar datos para la toma de decisiones, a corto (precios, prestación y subcontratación de servicios, ...) y largo plazo (planificación de la cartera de servicios). Esta capacidad se adaptará al tipo de hospital y a la forma de gestión.
- b) Proporcionar datos para evaluar la actuación de la organización o de partes de ésta y en concreto para el control de costes de todo tipo. Es una herramienta básica de gestión para directivos y gestores clínicos en la aplicación de sistemas de dirección por objetivos, recibiendo en este caso concreto el nombre de centros de responsabilidad.

La división del hospital en centros de coste es el primer paso para actuar como pequeñas empresas. La definición de centro de coste es: "unidad contable con respecto a la cual se recogen y acumulan datos de coste".

Los centros de coste en la contabilidad analítica se dividen en centros productivos o finales, prestadores de servicio, y centros de apoyo o intermedios, que dan servicios a los centros productivos o a otros centros de apoyo.

El proyecto SIGNO patrocinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1.991) propone una clasificación de centros de coste en cuatro niveles:

1. El primer nivel es el básico del sistema y está compuesto por los grupos funcionales homogéneos (GHF), que son las unidades básicas de gestión. Los elementos de un GFH son los recursos económicos, humanos y materiales, objetivos, responsabilidades, lugar físico y un código identificativo.
2. El segundo nivel son los servicios funcionales, con uno o varios GHF, y un responsable jerárquico común.
3. El tercer nivel son las áreas funcionales, que agrupan uno o varios servicios funcionales.
4. El cuarto nivel está formado por las divisiones, médica, enfermería y gestión (89).

Para poder efectuar comparaciones existen algunos modelos para agrupar producto sanitario. Uno de estos sistemas es el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD-AH) y otro el ICD-9-CM (CIE-9-MC), Sistema Internacional de Clasificación de Enfermedades.

En unidades de vigilancia intensiva se utiliza el *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE). Se ha utilizado para valorar la gravedad y predecir niveles de mortalidad fuera de unidades de medicina intensiva.

Se han construido las *Patient Magement Categories* (PMC), sistemas que tratan de formar grupos homogéneos respecto al proceso de cuidados hospitalarios ideales. Se basa en el tratamiento deseable del paciente, no sólo el diagnóstico sino también el motivo del ingreso hospitalario, pero presenta dificultades de asignación y exclusión de grupos.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), constituyen un sistema de clasificación de pacientes hospitalarios en función del consumo de recursos, y según estudios estadísticos de diversos hospitales, analizando los costes de consumo de recursos. El objetivo es definir los tipos de casos.

Dos requisitos de clasificación de los GRD son que sean médicamente interpretables, con grupos diagnósticos homogéneos y que la información se obtenga de la base de datos disponible de los hospitales. Un GRD se construye con la siguiente información: edad, sexo, diagnóstico principal y otros presentes, procedimientos y circunstancias respecto al alta.

El diagnóstico principal se considera cuando se establece la condición de ser al final del proceso de hospitalización el mismo que al motivo de ingreso. Existen diagnósticos sucesivos en el proceso de hospitalización. Los procedimientos recogen todas las actividades asistenciales durante el proceso de hospitalización.

Las múltiples revisiones que de este sistema de GRD se han realizado nos indica que este sistema de medida es el más utilizado. Las últimas versiones atienden aspectos de gravedad de los pacientes, circunstancia que mejora la predicción de costes (90).

La implantación del proyecto SIGNO en los hospitales del INSALUD constituyó el primer paso serio para avanzar en el conocimiento de los costes de la asistencia sanitaria en el ámbito del INSALUD. Sobre las bases del SIGNO (Coste por Servicio), en 1.997 se pone en marcha el Proyecto GECLIF (Gestión Clínica-Financiera), que obtiene costes por cada una de las áreas de producción. Esto significa que un hospital recibe la misma financiación cuando lo hace por CMA que cuando lo hace con ingreso.

En 1.998 los hospitales se empiezan a financiar utilizando la UCH (Unidad de Complejidad Hospitalaria), profundizando en el conocimiento de los costes de producción de servicio asistencial. Debido a la variable función de la patología de cada paciente, la diferencia entre cada uno de ellos y la gran variedad de oferta de servicios, hace que el hospital sea una empresa de servicios "multiproducto" (91).

En los avances de la Gestión Analítica se encuentran la mayor información para la gestión y evaluación de los Contratos de Gestión de los Hospitales, el esfuerzo en mejorar los sistemas de información, la integración de la información clínica y económica, la codificación de los procedimientos de cirugía ambulatoria, la incorporación del coste por proceso y el uso de las cuentas de resultados (92,93).

### ***1.10. Anexos***

Hemos creído conveniente aportar algunos aspectos de interés en el curso de este trabajo en cuanto a Legislación Sanitaria, ver **Anexo I**; y también consideramos relevante revisar algunas Definiciones relacionadas con los aspectos nucleares del estudio que se exponen en el **Anexo II**.



## **2. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Como podemos ver en la introducción, la implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en Europa a mediados del siglo XX, debía adaptarse a los conocimientos adquiridos por el mundo anglosajón en el uso de las nuevas técnicas quirúrgicas y también en la adaptación a otra cultura distinta como la mediterránea, en nuestro caso.

Superadas las dudas sobre la viabilidad, aceptación y ventajas de la CMA sobre la cirugía con ingreso, las hipótesis que planteamos son sencillas, atendiendo a variables asistenciales y económicas:

1.- Los servicios quirúrgicos aumentan el rendimiento global del hospital si modifican su práctica quirúrgica hacia la ambulatorización de los procesos.

Al aumentar la entrada en quirófano de los procesos en espera de ser atendidos, el tiempo de los que permanecen en espera quirúrgica se reduce, y todo ello sin disminuir la calidad asistencial. La cirugía sin ingreso nos permite tratar a más pacientes en menos tiempo, y la lista de espera quirúrgica disminuye.

2.- Al incrementar los tratamientos que no requieren ingreso, se contribuye no sólo a reducir la lista de espera quirúrgica y el tiempo medio para ser intervenido, también se interviene en la disminución del coste sanitario. Se tratan más pacientes en menos tiempo, modificando favorablemente el consumo de recursos económicos.

3.- Al conseguir que aumente el Índice de Sustitución, ambulatorizando más procesos quirúrgicos, la complejidad o peso de las altas de hospitalización se incrementará.

4.- Pensamos que el incremento de la ambulatorización puede reducir la suspensión de intervenciones quirúrgicas.

5.- Incrementando el número de procesos quirúrgicos ambulatorios, el gasto global se reduce al disminuir el número de estancias quirúrgicas. La contabilidad determinará que se produce más con menos dinero, cuesta menos, es más barato actuar de esta forma.

6.- Con las modificaciones organizativas que se van a producir, no podemos prever qué ocurrirá en nuestro medio con los reingresos, complicaciones y/o reclamaciones; esperamos que al menos no empeoren.

7.- Con la CMA pensamos mejorar la satisfacción general del paciente medida en encuesta de opinión, o al menos que no se ve afectada.

### **3. OBJETIVOS**

Al actuar sobre el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria de nuestro hospital, implicando activamente a los médicos participantes en el mismo y utilizando los índices pertinentes, acciones que han constituido la base de nuestro trabajo de Tesis Doctoral, nos planteamos los siguientes objetivos:

#### **I.- OBJETIVO GENERAL.**

Aumentar la capacidad quirúrgica, sin que el gasto anual global se incremente, y sin que deriven efectos indeseables sobre los pacientes y el resto de los servicios hospitalarios.

## II.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Disminuir el número de pacientes de la lista de espera quirúrgica, aumentando la actividad de todas las especialidades quirúrgicas.
- 2.- Incrementar el Índice de Sustitución Quirúrgica, aumentando la cirugía sin ingreso sobre la programada con hospitalización.
- 3.- Desarrollar la Cirugía Mayor Ambulatoria con una buena aceptación de los pacientes, que verán afectadas solo durante corto tiempo sus actividades habituales, sufriendo las mínimas molestias posibles.
- 4.- Conseguir que no se incremente el índice de complicaciones y recidivas.
- 5.- No aumentar los costes de la cirugía en su conjunto, relacionándolos con los de la actividad quirúrgica total, y consiguiendo un efecto moderador sobre los costes de la cirugía con ingreso y las especialidades quirúrgicas.
- 6.- Reducir la estancia media en paralelo con altos índices de ambulatorización.

## **4. MATERIAL Y METODOS**

### ***4.1. MATERIAL***

El trabajo prospectivo se ha desarrollado en el Hospital Virgen de la Torre durante el año 2004. Se iniciaron los trabajos de coordinación de actividades y recopilación de

datos en Enero, estableciéndose un proceso de mejora continua entre todos los agentes participantes, tanto los implicados en la actividad asistencial como en la económica, que duró todo el ejercicio anual. Durante los primeros meses del año 2005, finalizado el cierre de ejercicio del año anterior (2004), se analizaron los resultados conseguidos, para posteriormente proceder a extraer la información que se había volcado en el sistema informático (HP-His), en los años previos de 2002 y 2003, con el objeto de poder realizar un estudio retrospectivo de las actuaciones previas realizadas en este periodo de dos años.

#### 4.1.1. Instalaciones

El Hospital Virgen de la Torre es un hospital considerado del grupo 5 por el Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD) y situado en la zona sureste de la Comunidad de Madrid, en el Área Sanitaria número 1. Este Área en su conjunto se compone de trece Centros distribuidos por la misma, el Hospital propiamente dicho y seis centros de especialidades periféricas, además de otros seis centros de salud mental que comparten gestión con la Oficina Regional de Salud Mental.

El programa de Cirugía Ambulatoria, cuenta con una dotación específica de dos quirófanos para cirugía menor y otros cinco para cirugía mayor y cirugía convencional. Seis quirófanos situados en el Hospital Virgen de la Torre y uno en el Centro de Especialidades de Hermanos Sangro, dedicado exclusivamente a cirugía ambulatoria.

En la siguiente tabla se detalla la infraestructura quirúrgica de los mismos:

	Camas Instaladas	Quirófanos Instalados
H. Virgen de la Torre	138	5 para cirugía mayor y con ingreso y 1 para cirugía menor ambulatoria.
Centro de Especialidades de Hermanos Sangro	1	1 para cirugía menor ambulatoria.

El edificio del Hospital Virgen de la Torre fue construido en 1970. Está ubicado en el casco urbano de la Villa de Vallecas. Fue diseñado para ser de utilización privada por lo que actualmente dispone de características específicas para tal fin. Es un edificio monobloque que se estructura en 8 plantas (2 sótanos, planta baja y 5 plantas en altura), albergando las siguientes dependencias: bloque quirúrgico, radiodiagnóstico, administración, mantenimiento, laboratorio, almacenes, hospitalización y consultas externas, en un total de 5.603 m<sup>2</sup> distribuidos en 130 salas. Cuenta con dos accesos: la entrada principal del hospital y una rampa que comunica con los sótanos para el suministro de aprovisionamientos.

La planta sótano segunda alberga el área quirúrgica.

El Centro de Especialidades de Hermanos Sangro está localizado en el distrito de

Puente de Vallecas, construido en 1936, se estructura en 6 plantas (1 sótano, planta baja y 4 plantas en altura), albergando, agrupadas por áreas de trabajo, las siguientes dependencias: radiodiagnóstico, consultas externas, administración, mantenimiento y almacenes, que se distribuyen en un total de 64 salas (4.205 m<sup>2</sup>). Hay un Equipo de Atención Primaria englobado en el Centro. Se realizó una reforma importante durante los años 1.984-1.986.

El quirófano se encuentra en la tercera planta de personal.

Los planos y la foto de los edificios donde se ubican estos quirófanos se pueden consultar en el **Anexo III**.

#### 4.1.2. Recursos Humanos

En la descripción del personal que forma la base del hospital se debe señalar que se realiza sobre plantilla orgánica, sin conocer los efectivos totales que son contratados para hacer frente a sobrecargas de trabajo, refuerzos, acúmulos de tareas, etc. Este hecho tiene relevancia a la hora de comentar los resultados finales y las desviaciones presupuestarias que puedan aparecer.

Todos los facultativos realizan su actividad de consulta de cirugía en Centros de Especialidades Periféricas (C.E.P.) dependientes del Hospital Virgen de la Torre, C.E.P. de Arganda, Federica Montseny, Hermanos Sangro, Montes de Barbanza, Moratalaz y Vicente Soldevilla.

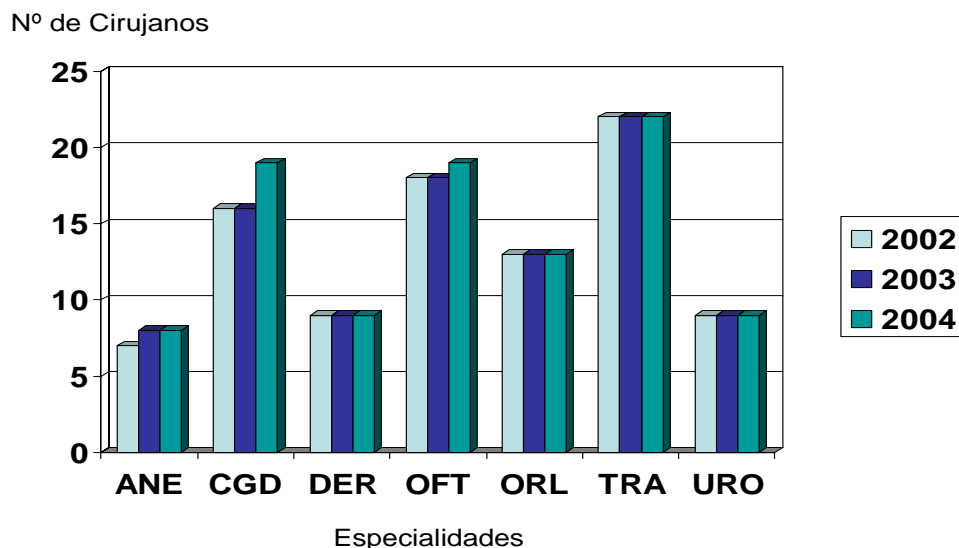
#### Personal Facultativo Quirúrgico.

##### PLANTILLA DE FACULTATIVOS QUIRÚRGICOS

	Años				
	2002		2003		2004
ESPECIALIDADES	TOTAL	DIF 03-02	TOTAL	DIF. 04-03	TOTAL
ANESTESIA Y REANIMACION	7	1	8	0	8
CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	16	0	16	3	19
DERMATOLOGIA	9	0	9	0	9
OFTALMOLOGIA	18	0	18	1	19
OTORINOLARINGOLOGIA	13	0	13	0	13
TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	22	0	22	0	22
UROLOGIA	9	0	9	0	9
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>1</b>	<b>95</b>	<b>4</b>	<b>99</b>

La plantilla de cirujanos del hospital Virgen de la Torre constaba de un total de 94 efectivos en el año 2002, de 95 en el 2003 y de 99 en el 2004.

### PLANTILLA DE CIRUJANOS



Leyenda: Anestesia y Reanimación (ANE); Cirugía General y Aparato Digestivo (CGD); Dermatología (DER); Oftalmología (OFT); Traumatología y Cirugía Ortopédica (TRA); Urología (URO)

#### 4.1.3. Datos de Recursos Sanitarios

La Comunidad Autónoma de Madrid está dividida sanitariamente en doce Áreas. La que corresponde al Hospital Virgen de la Torre es el Área 1 Sur-Este, compartida con el Hospital Universitario Gregorio Marañón que hace las funciones de Hospital de Referencia. Ver **Anexo IV**.

En el Anexo IV se puede consultar la división del Área en Distritos y Zonas Básicas, a la vez que su Marco Físico Sanitario y los Datos Demográficos. También en este Anexo aparecen los Recursos Sanitarios Totales de la Comunidad de Madrid.

#### 4.1.4. Programa de CMA

El programa de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Virgen de la Torre se desarrolló y documentó con protocolos de actuación en el año 1999, recogiendo las experiencias individuales de algunos especialistas que se iniciaron en el año 1995. En el Plan estratégico que elaboró el Hospital Virgen de la Torre para el periodo comprendido entre los años 1999 y 2002 se hace referencia en la misión a dos grandes bloques de actividad asistencial, el apoyo médico-quirúrgico en procesos de baja y media complejidad y la actividad extrahospitalaria. En el análisis general sólo aparece como punto fuerte el buen diseño de la Unidad de CMA y aunque en la primera línea



estratégica el objetivo fundamental era lograr el posicionamiento del hospital como hospital de apoyo médico-quirúrgico, sólo se recoge en este Plan estratégico que se actualizarán los protocolos pertinentes y se potenciarán fórmulas extrahospitalarias para la resolución de determinados procesos de CMA. Sin embargo, en el desarrollo de acciones y planes de esta primera línea estratégica no aparece ninguna referencia a la cirugía de baja y media complejidad. Con este inicio tan escaso de perspectivas escritas y constatando la importancia que la actividad ambulatoria de cirugía (CMA y Cirugía Menor) representaban para el hospital por su grado de aportación tanto de valor intrínseco como de financiación anual, pensamos que era necesario volcarnos en este segmento de actividad para que adquiriera la importancia que realmente tenía.

Los seis quirófanos de los que dispone el hospital funcionan en turno de mañana y tarde con un horario continuo que abarca la franja horaria de las 8:00 h hasta las 21:00 h; todos los días desde el lunes hasta el viernes.

Dos quirófanos diarios del turno de tarde se ceden al Hospital Universitario 12 de Octubre, para que sean utilizados con pacientes que se desplazan de su zona de influencia. Estos pacientes son operados por personal quirúrgico del citado hospital, anestesiistas y cirujanos.

El personal del hospital se distribuye entre todos los centros que lo componen, el hospital y los periféricos. La organización se divide en tareas asignadas al Centro de Especialidades al que se corresponde y al desarrollo de actividad quirúrgica en el Hospital y en el Centro de Especialidades de Hermanos Sangro. El desplazamiento a quirófanos corresponde básicamente al personal facultativo y con patrones poco cambiantes, planificándose con suficiente antelación la programación de consultas y de cirugía.

La selección de pacientes y el seguimiento postoperatorio los realizan los cirujanos generales desplazados desde el Centro de Especialidades que tienen asignado. Todos los pacientes son informados de las características de los programas, posibilidades de alta precoz y del seguimiento del postoperatorio ambulatorio.

Las sesiones disponibles semanales son:

- a) 50, para quirófanos de cirugía mayor y convencional, que corresponden a 5 sesiones por quirófano y turno;
- b) 10, para el quirófano ambulante del centro de especialidades, en horario de mañana y tarde, y
- c) 5 para el quirófano ambulante del hospital, en horario de mañana.

La Unidad Administrativa que gestiona todos los programas, es el Servicio de Admisión y Documentación Clínica sito en las dependencias del hospital. (Ver Protocolos de Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria). **Anexo V.**

#### **4.1.5. Criterios de selección de pacientes**

La selección de pacientes se realiza por los cirujanos desplazados a las consultas situadas en los Centros de Especialidades. Todos los pacientes son informados de las características del programa, posibilidades de alta inmediata y del seguimiento postoperatorio ambulatorio.

Los criterios de selección de pacientes dependen del tipo de enfermedad y del riesgo anestésico ASA I y II y si cumplen los siguientes criterios:

Edad, siempre que sea compatible con resto de criterios.

Domicilio en el Área Sanitaria número 1 de Madrid.

Actitud de pacientes según sean susceptibles de incluir en cirugía con hospitalización, ambulatoria o menor.

Entorno con apoyo familiar y/o fácil comunicación con el centro.

Clasificación ASA, ver **Anexo VI**.

#### **4.1.6. Exploraciones Complementarias. Preoperatorio**

Analítica hemática con coagulación y de orina.

Electrocardiograma.

Radiología (placa de tórax).

Otros según patología a tratar.

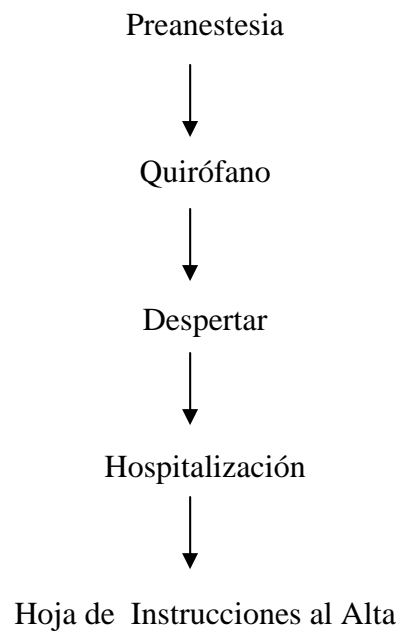
#### **4.1.7. Protocolo de actuación quirúrgica**

Todos los pacientes ingresados son examinados por un cirujano del equipo quirúrgico que realizó la intervención para control del postoperatorio hasta recibir el alta médica de acuerdo a los siguientes criterios: constantes vitales estables, dolor controlable con analgesia oral, tolerancia líquida, micción espontánea, buen estado de la herida y ausencia de complicaciones. El paciente con el informe de alta recibe la prescripción de la medicación necesaria.

#### **4.1.8. Algoritmo de Inclusión en Cirugía con Hospitalización**

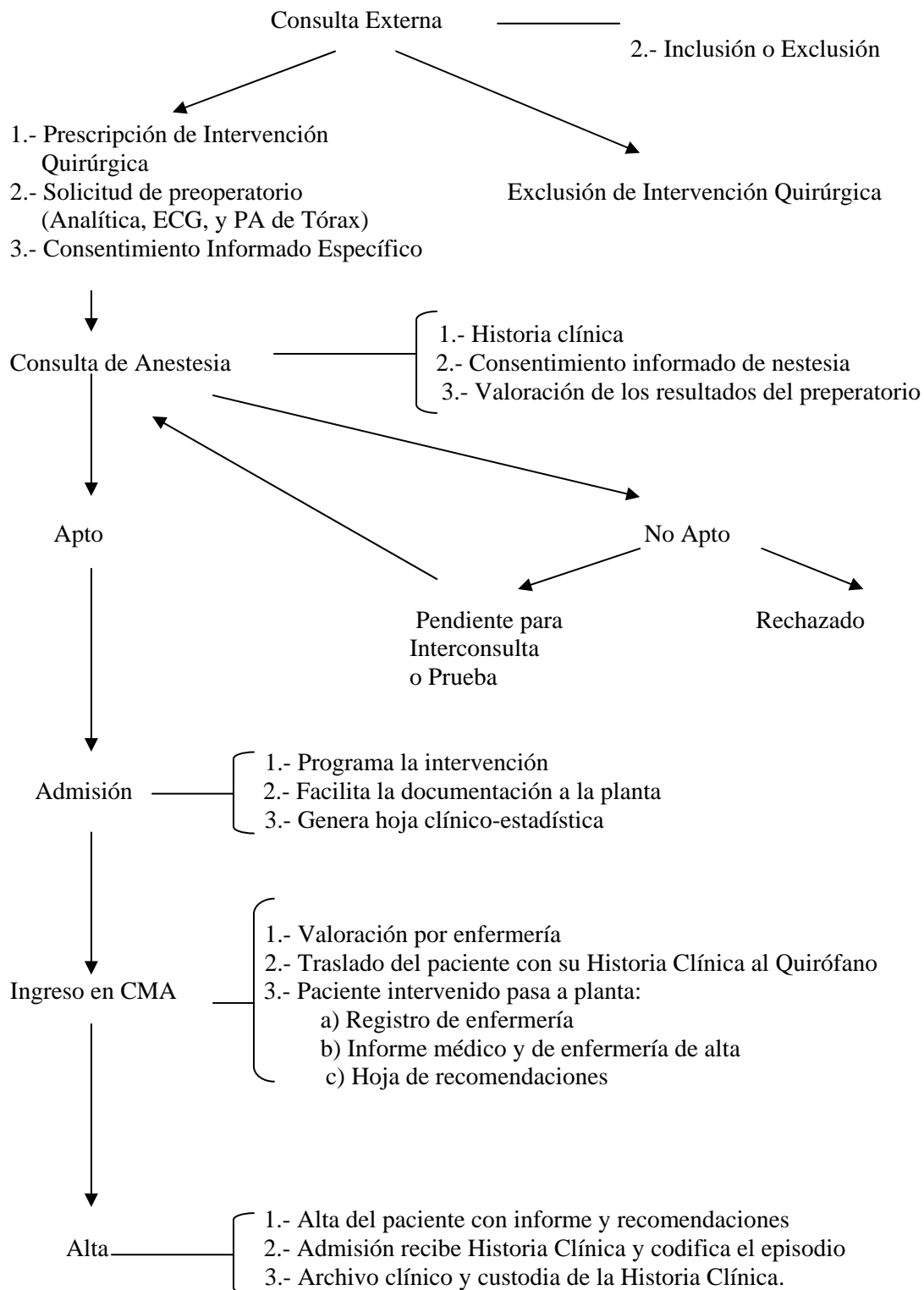
Sala del Hospital (Planta Segunda)





#### **4.1.9 Algoritmo de Inclusión en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)**

1.- Explicación Oral



#### 4.1.10 Cuestionario de Satisfacción

Para aplicar el cuestionario de satisfacción el formato que se ha utilizado es el

SERVQHOS: Encuesta sobre la calidad de la Atención Hospitalaria, homogéneo con el resto de hospitales del IMSALUD de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Los cuestionarios se han distribuido posteriormente al alta hospitalaria con envío por correo personalizado a domicilio.

Las entrevistas fueron realizadas en el periodo comprendido entre Mayo de 2002 y Octubre de 2004. Para evitar sesgos estacionales se empleo una muestra aleatoria elegida al azar en los meses de mayo y octubre de los tres años registrados.

El texto del cuestionario, recoge 26 preguntas que se reproducen el **Anexo VII**.

#### **4.1.11. Unidad de Informática**

La Unidad de informática del Hospital Virgen de la Torre da mantenimiento a los sistemas centrales del Hospital, y a las aplicaciones del mismo, atendiendo a los usuarios en sus respectivas áreas y prestando servicios de instalación y configuración de equipamiento necesario.

El Servidor Central soporta las aplicaciones desarrolladas por Hewllet-Packard ibérica a través del sistema HP-His, sistema de información hospitalaria que nació en 1.995 está implantado en muchos hospitales de la red pública española. El sistema cubre las áreas de gestión asistencial, económica y administrativa; y abarca a gestión de admisión, consultas externas, lista de espera, urgencias, quirófanos, radiología, unidosis, suministros y almacenes, farmacia y contabilidad.

#### **4.1.12. Contabilidad Analítica**

Para el análisis de los centros de coste globales y de cada una de las unidades de gasto, el área de gestión económica nos ha facilitado información pormenorizada de la contabilidad analítica que periódicamente elabora, básicamente desde el segundo nivel formado por los servicios funcionales que agrupan uno o varios GFH (grupos funcionales homogéneos), que comparten la prestación de un servicio homogéneo y tienen un responsable jerárquico común.

### **4.2. MÉTODO**

La actividad quirúrgica se desarrolla en horario de mañana y tarde, no existiendo dedicación exclusiva de ningún cirujano, porque todos comparten otras tareas como consultas y sesiones clínicas. No se realizan guardias ni cirugía de urgencias.

La producción en el ámbito sanitario debe estar unida a la calidad en la asistencia, la satisfacción del paciente y la contención de costes.

Nuestro objetivo para este proyecto de mejorar el programa CMA consiste en utilizar magnitudes estadísticas (indicadores) y llegar a un nivel cuantificable y favorable en el periodo que nos habíamos propuesto.

En base a estos principios el método que nos planteamos tiene una doble vertiente: a) Estudio retrospectivo, valoramos indicadores de actividad asistencial realizada en los años 2002 y 2003 (indicadores que reflejan los resultados de actuación pasada o *Lag measures*). b) Estudio prospectivo: Resultados de la actividad que íbamos a realizar en el año 2004 (con indicadores que describen lo que se hace, desempeño, o *Lead measures, drivers*), después de intervenir decididamente con los medios humanos que contamos y la participación de todos. Estos indicadores se compararán con los primeros.

#### **4.2.1. Indicadores**

Un indicador es una magnitud utilizada para medir o comparar los resultados obtenidos, en la ejecución de un proyecto, programa o actividad. Se mide en porcentajes, tasas y razones para permitir comparaciones. Los Indicadores eran necesarios para poder mejorar. Lo que no se mide no se puede controlar y lo que no se controla no se puede gestionar.

##### **4.2.1.1 Indicadores identificativos**

Edad y Sexo.

##### **4.2.1.2. Indicadores de cumplimiento**

Teniendo en cuenta que cumplir tiene que ver con la conclusión de una tarea, los indicadores de cumplimiento están relacionados con el grado de consecución de tareas y/o trabajos.

Lista de Espera Quirúrgica:

Datos Globales, Demora Media, Espera Media, Índice acumulado anual de entradas y salidas

##### **4.2.1.3. Indicadores de gestión**

Como la gestión tiene que ver con acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados, los indicadores de gestión están relacionados con los ratios que nos permiten administrar realmente el proceso.

Acumulo anual de entradas, Índice de intervenciones con relación a las entradas, Acumulo anual de salidas, Porcentaje de salidas por depuración, Porcentaje en espera por motivos médicos, Porcentaje de pacientes para cirugía ambulatoria e Índice de Sustitución (IS), que se define como la proporción de intervenciones realizadas por CMA respecto al total de intervenciones programadas. Este último índice resulta de gran interés, se utiliza para monitorizar la calidad de los programas de cirugía mayor ambulatoria y su evolución es un objetivo común de estudio (94).

#### **4.2.1.4. Indicadores de evaluación**

Teniendo en cuenta que evaluación tiene que ver con el rendimiento que obtenemos de una tarea, trabajo o proceso, los indicadores de evaluación están relacionados con los ratios y/o métodos que nos ayudan a identificar nuestras fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.

Contabilidad Analítica por especialidades: Anestesia y Reanimación, Cirugía General, Dermatología, Cirugía de la Mano, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología, Quirófano y Medicina Interna.

#### **4.2.1.5. Indicadores de eficiencia**

Teniendo en cuenta que eficiencia tiene que ver con la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea con el mínimo gasto de tiempo, los indicadores de eficiencia están relacionados con los ratios que nos indican el tiempo invertido en la consecución de tareas y/o trabajos.

Actividad Asistencial Global: Hospitalización, Quirúrgica y Económica.

#### **4.2.1.6. Indicadores de eficacia**

Teniendo en cuenta que eficaz tiene que ver con alcanzar un propósito, los indicadores de eficacia están relacionados con los ratios que nos indican acierto en la consecución de tareas y/o trabajos.

Encuesta de satisfacción de los pacientes.

### **4.2.2. Población Estudiada**

La muestra objeto de estudio es el total de la población de pacientes operados en el Hospital Virgen de la Torre en los años 2002, 2003 y 2004.

El estudio recoge a todos los pacientes operados en los tipos de cirugía convencional, cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor, en las especialidades de Cirugía General y Digestiva, Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Urología.

Los datos del año 2004 se obtuvieron en el presente estudio de forma prospectiva, valorándose un total de 14.722 intervenciones.

#### **4.2.3. Estudio Prospectivo**

Desde el mes de Enero del año 2004 hasta finalizar el año hemos ido valorando los distintos indicadores de actividad asistencial y costes para conocer la repercusión de la modificación en el tipo de intervenciones quirúrgicas, comparando los indicadores del año 2004, con los de los años 2002 y 2003.

Primero hemos comparado las edades divididas en siete grupos, detallando en cada uno de ellos los tipos de intervención que se han realizado. Igualmente hemos procedido con las intervenciones distribuidas por sexo y el tipo de intervención sobre cada uno de ellos.

##### **4.2.3.1. Indicadores empleados en el control de calidad en CMA.**

- Índice de sustitución =  $\text{intervenciones por CMA} \times 100 / \text{intervenciones totales}$ .
- Protocolización del ingreso en lista de espera quirúrgica (L.E.Q.), en %, de acuerdo con unos criterios previamente establecidos de inclusión/exclusión para CMA.
- Intervenciones suspendidas (%).
- Tasa de pacientes que requieren hospitalización, una vez intervenidos y que aún no han sido dados de alta (%).
- Reclamaciones del usuario (95).

##### **4.2.3.2. Indicadores Quirúrgicos**

- 1.- Jornada Quirúrgica Programada, es el tiempo de quirófano a lo largo de un día, cuya actividad se ha planificado con más de 24 horas de antelación.
- 2.- Duración de la Jornada Quirúrgica Ordinaria, la jornada quirúrgica habitual es de 7 horas, es decir, 420 minutos.
- 3.- Clasificación de los procedimientos quirúrgicos por complejidad:
  - Cirugía Mayor.



- Cirugía Menor.

Intervenciones quirúrgicas incluidas en los códigos de procedimiento considerados en esta categoría en el documento “Clasificación de Códigos CIE-9-MC en Cirugía Menor y Procedimientos no Quirúrgicos”. Deben cumplir los siguientes criterios:

- Escasa complejidad.
- Anestesia local o sin anestesia.
- Recuperación inmediata.
- Realizado en consulta o quirófano menor.

#### 4.- Tipos de Anestesia:

- General: Aquella en la que se produce pérdida de conciencia con hipnosis, analgesia y protección neurovegetativa, y que requiere la intubación del paciente.
- Locorregional: Incluye anestesia espinal epidural regional, intradural, intravenosa, troncular o plexural y retrobulbar.
- Local: Incluye local con sedación.
- Tópica: Incluye tópica con sedación.

5.- Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria sobre Cirugía Mayor Programada, es la proporción que existe entre las intervenciones programadas realizadas en el circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía de Día y el total de intervenciones mayores programadas realizadas en el centro (intervenciones programadas con anestesia general + intervenciones programadas con anestesia local).

6.- Cancelación de intervención quirúrgica: Intervención quirúrgica programada que por diversas causas no ha podido realizarse en la fecha prevista ni ser sustituida en la programación quirúrgica. Dentro de las causas pueden distinguirse:

- Debidas al centro:

Falta de preparación del paciente.

Preoperatorio insuficiente.

Falta historia, radiografía.

Ausencia de facultativo.

Ausencia de anestesista.

Ausencia de personal de enfermería/auxiliar.

Falta de preparación del instrumental.

Falta de sangre.

Falta de quirófano por cancelación de patologías más leves por otras más graves o urgentes.

Orden del médico.

Falta tiempo de quirófano (prolongación de la duración prevista de la intervención previa, prolongación de los tiempos muertos entre intervenciones quirúrgicas por fallos de infraestructura,...).

Conflicto colectivo.  
Otras no atribuibles al paciente.

- Debidas al paciente:

Mejoría del paciente.  
Enfermedad intercurrente.  
Incomparecencia del paciente.  
A petición del paciente.  
Preparación incorrecta por no haber seguido bien las instrucciones (no va en ayunas, ha tomado anticoagulantes...)

7.- Índice de utilización de quirófanos: Tiempo de utilización de quirófanos programados en relación con el tiempo disponible total en una jornada quirúrgica.

8.- Entrada en lista de espera quirúrgica: Un paciente entrará en lista de espera quirúrgica en el momento en que la hoja de solicitud de intervención quirúrgica es registrada por la Unidad de Admisión.

9.- Salida de lista de espera quirúrgica: La salida de un paciente en lista de espera quirúrgica tendrá lugar en el momento en que éste sea dado de baja de la misma por cualquiera de los siguiente motivos:

- Haber sido intervenido.
- El paciente rechaza la propuesta de intervención a petición propia o al ser requerido para ello.
- Ser aceptada la solicitud de intervención.
- Ser ilocalizable. Para ser aceptado este motivo será necesario:
- Haberle llamado por teléfono como mínimo tres veces, cubriendo el horario de mañana, tarde y sábados por la mañana.
- No obtener respuesta 15 días después de remitirle carta certificada.
- Sufrir otro proceso intercurrente que contraindique definitivamente la intervención.
- Haber fallecido.

10.- Número de pacientes en lista de espera por rangos de demora:

- Menos de tres meses.
- De tres a seis meses.
- Más de seis meses.

En la práctica se considera intervención quirúrgica a cada uno de los actos quirúrgicos practicados a un paciente, aunque se realicen en cada uno de ellos uno o más procedimientos (96).

En la cirugía mayor ambulatoria todos los agentes intervinientes, pacientes, médicos, gestores y políticos, se han beneficiado, como demuestra el interés y la demanda crecientes. Sin embargo, el crecimiento en el número de pacientes sin ingreso, la mayor complejidad de las intervenciones que se incluyen y el mayor riesgo de los pacientes

seleccionados pueden llevar a una pérdida de calidad en la asistencia que se presta, así como a un aumento del número de complicaciones. Esta creciente complejidad puede favorecer la proliferación de errores y daños no intencionados causados por un acto médico. Nos encontramos con un problema añadido de la necesidad de definir los estándares de calidad y de analizar cuales son los instrumentos más apropiados para la evaluación (97).

#### **4.2.3.3. Datos a valorar en el Informe de Situación**

En el informe de situación de lista de espera quirúrgica comparamos datos globales, indicadores de gestión, los diez procesos más frecuentes y la situación por cada una de las especialidades quirúrgicas.

##### **1.- Datos Globales.**

Los datos globales comparan el número total de pacientes en espera; el número total de los que esperan pero agrupados en tres tramos: los que están entre 0-3, 3 a 6 y más de 6 meses. También la demora media, la espera media y el índice de entradas respecto de las salidas en el acumulado anual.

##### **2.- Los indicadores de gestión.**

Comparan en los tres años, el acumulado anual de entradas, el índice de intervenciones respecto de las entradas, el acumulado anual de salidas, el porcentaje de salidas de intervenciones con medios propios, el porcentaje de salidas por depuración, la estancia media preoperatorio, el porcentaje de pacientes con prioridad, el porcentaje de pacientes es espera por motivos médicos y el porcentaje de pacientes para cirugía ambulatoria.

##### **3.- Los diez procesos más frecuentes.**

Comparados en los tres años son: cataratas, hernia inguinal, otras hernias abdominales, quiste pilonidal, trastornos internos de la rodilla, mononeuritis, otros trastornos de la sinovia, contracepción, deformación del dedo gordo y colelitiasis.

##### **4.- Por especialidades quirúrgicas.**

Cirugía general y digestiva, oftalmología, traumatología, urología y otorrinolaringología, comparamos la demora media total y el porcentaje de salida por intervención quirúrgica. Comparamos el total de pacientes en espera, la espera media y el índice acumulado de entradas en relación a las salidas.

##### **5.- Datos a valorar en la explotación de la actividad quirúrgica programada.**

Comparamos la actividad en los bloques quirúrgicos centrales y ambulantes en los siguientes indicadores, número total reintervenciones, intervenciones con hospitalización, intervenciones ambulatorias especificadas, intervenciones ambulatorias sin especificar, número de sesiones, intervenciones por sesión, suspensiones, porcentaje de lista de espera entre 3 y 6 meses, tiempo muerto, porcentaje de ocupación.

También comparamos el porcentaje de los tipos de anestesia empleados: tópica, general, locorregional y local. Así como los motivos de suspensión del acto quirúrgico y las intervenciones por turno en el Hospital y en el Centro de Especialidades.

En la valoración de la complejidad de los diagnósticos que se han atendido, comparamos en la actividad de hospitalización: el peso medio de las altas totales, la unidad de complejidad hospitalaria, el peso medio total ambulatorio y la unidad de complejidad ambulatoria.

#### 6.- Datos a valorar en las complicaciones locales y reingresos.

En aspectos de seguimiento postquirúrgico comparamos cinco diagnósticos principales, hemorragia, hematoma, serosas, infección y luxación de lente, que son todos los que por la gravedad de las patologías operadas (ASA II) aparecen en la evolución de las complicaciones locales y los reingresos.

#### 7.- Datos a valorar en las reclamaciones.

Ocupan otro apartado y las compararemos según el servicio al que se dirigen, el motivo y el tipo de cirugía.

#### 8.- Datos a valorar de la encuesta de opinión.

Sobre la calidad de la atención hospitalaria, está realizada por el Servicio de Atención al Paciente. El estudio utiliza un cuestionario que se utiliza dos veces al año, un corte en mayo y otro en octubre, en la primera quincena del mes.

Los datos de la encuesta se recogen de una muestra de pacientes dados de alta durante el periodo que estuvieron hospitalizados.

En la metodología de la encuesta se oculta la identidad del paciente, conservándose completamente el anonimato y conservando la confidencialidad de los datos. Este hecho hace imposible correlacionar en cada individuo su paso por una cama del hospital con su repuesta reflejada en el cuestionario SERVQHOS. No obstante el análisis estadístico compara la evolución de las camas de los servicios de cirugía y medicina interna, brindándonos la oportunidad de comparar el comportamiento de las camas de interna, en relación a la cirugía.

Del sistema informático extraemos los datos de los pacientes que corresponden al número de días que estuvieron encamados y al tipo de cirugía que se les realizó. En el caso de la medicina interna, observamos al lector que como es obvio sólo se recogen los días de estancia en el hospital a partir del día de su ingreso.

En la hipótesis de la posible influencia que tendría el comportamiento del servicio de cirugía con relación al de medicina interna nos planteamos establecer una comparación entre ambos pero en esta ocasión recurrimos a una muestra aleatoria que convinimos en que fuera la misma que utilizamos para solicitar información de la satisfacción de los pacientes que rellenan la encuesta SERVQHOS. En esta parte del estudio se utiliza la herramienta de software estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 12.0

*for windows.*

#### **4.2.4. Estudio Retrospectivo**

Para completar el estudio se recogieron datos de forma retrospectiva para el periodo de estudio que comprende los años 2002 y 2003, con el mismo método descrito anteriormente para el año 2004.

Utilizando indicadores de resultados (*Lag measures*), que miden la actividad realizada a pacientes tomadas de decisiones pasadas, aunque no eran claros por sí mismos para el manejo personal operativo y nadie se sentía responsable por el resultado obtenido.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Análisis de la Actividad Quirúrgica.**

La secuencia de presentación de resultados se ajustará a la aplicación informática (HP-HIS), utilizada para el desarrollo de este estudio.

### 5.1.1. Distribución por Edad

En las intervenciones quirúrgicas por tramos de edad y tipo de intervención los resultados son los siguientes:

#### 5.1.1.1. Cirugía Convencional

En las intervenciones con hospitalización es de destacar que en los grupos de 31 hasta los 75 años el número de intervenidos es grande y constante en los tres años, con valores extremos entre los 1002 y 1219 pacientes.

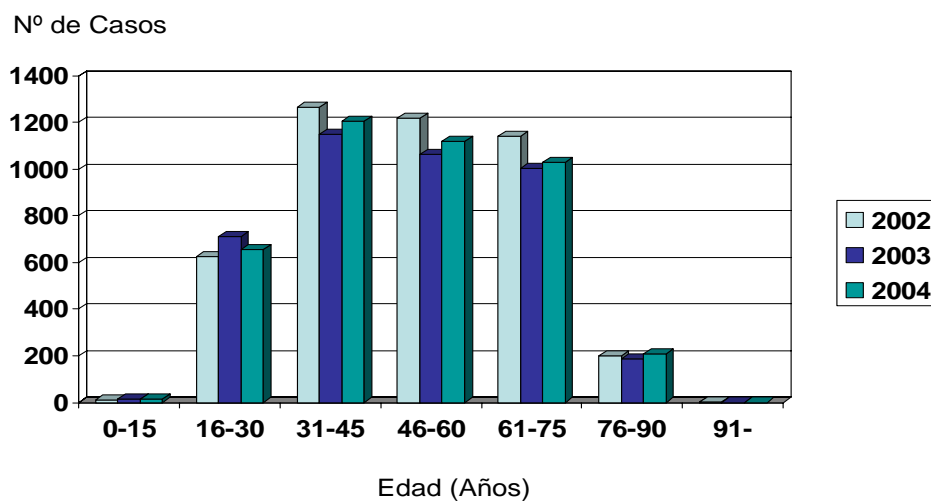
En los grupos más minoritarios también se mantiene constante el número de pacientes intervenidos. En el grupo de mayores de 76 años el número de intervenciones media es de 198 al año. Entre los 16 y los 30 años la media anual de intervenciones es de 664 y por debajo de los 15 años se interviene una cantidad reducida que oscila entre 11 y 16 intervenciones al año.

#### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE INTERVENCIÓN, AÑOS 2002 AL 2004

##### CIRUGIA CON HOSPITALIZACIÓN

EDAD (años)	Años		
	2002	2003	2004
0-15	11	16	15
16-30	626	711	656
31-45	1266	1150	1206
46-60	1219	1064	1118
61-75	1141	1002	1027
76-90	201	187	207
91-...	3	0	0

### CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN



#### 5.1.1.2. Cirugía Mayor Ambulatoria

Todos los grupos aumentan su frecuencia a partir de los 46 años.

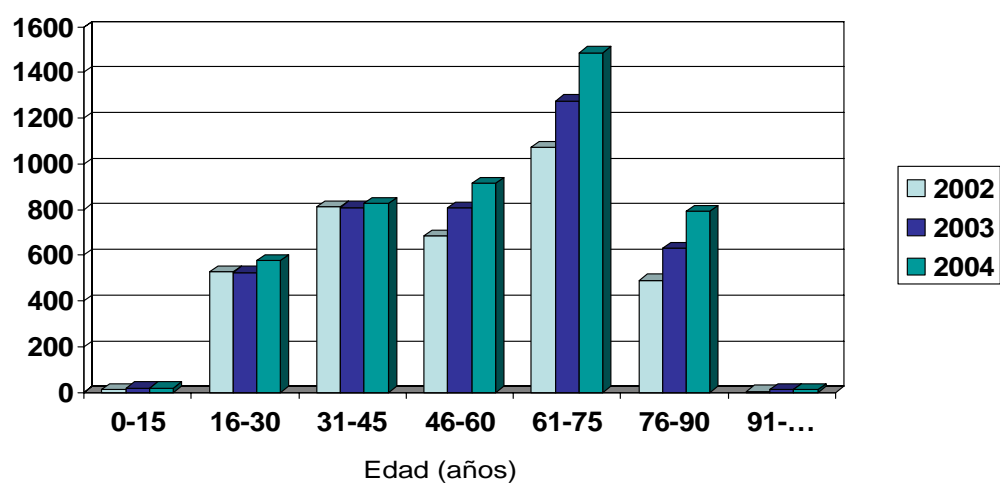
#### CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (Nº de casos)

EDAD (años)	Años		
	2002	2003	2004
0-15	12	19	19
16-30	526	525	575
31-45	812	810	826
46-60	685	806	915
61-75	1074	1276	1488
76-90	490	631	792
91-...	4	10	13



### CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Nº de Casos



#### 5.1.1.3. Cirugía Menor

El grupo quirúrgico con mayor incidencia es el de las edades comprendidas entre los 31 y los 45 años.

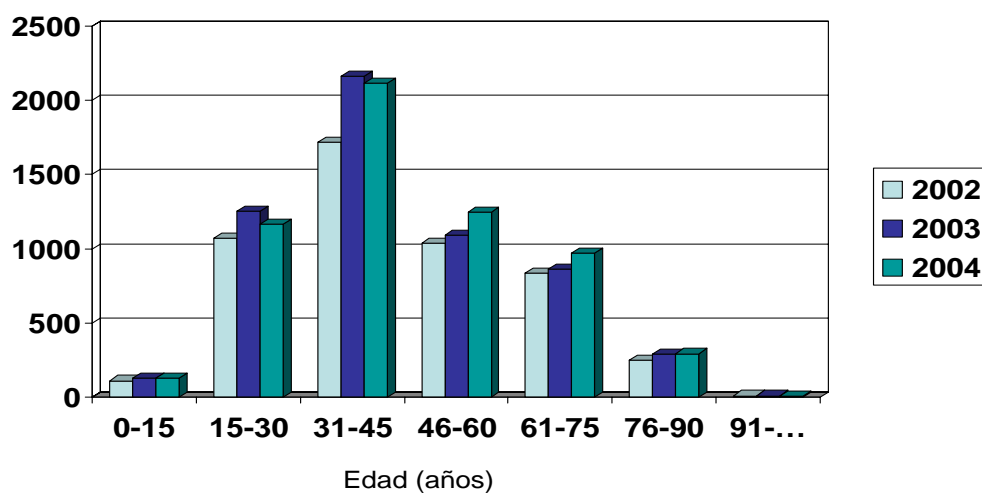
#### CIRUGIA MENOR AMBULATORIA (Nº de Casos)

Años

EDAD	2002	2003	2004
0-15	111	128	126
16-30	1071	1256	1167
31-45	1720	2164	2114
46-60	1036	1091	1246
61-75	833	865	970
76-90	249	287	293
91-...	10	10	7

## CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

Nº de Casos



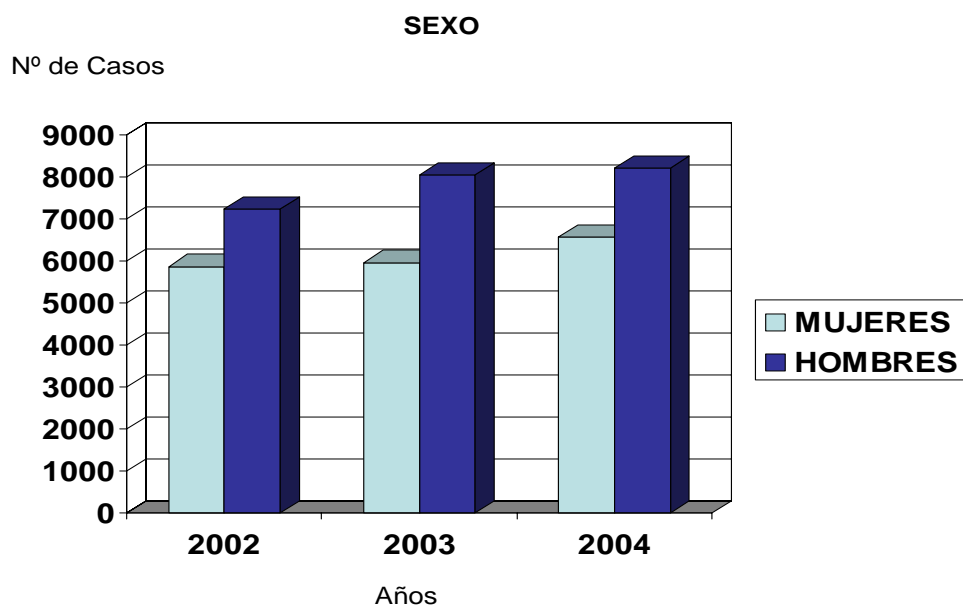
### 5.1.2. Distribución por sexo

#### 5.1.2.1. Datos globales

Agrupados los porcentajes de mujeres y hombres nos indican que el mayor número de intervenciones son las correspondientes al sexo masculino en un 56%, y para el femenino el 44% del total de intervenciones.

#### SEXO (Nº de Casos)

	Años			ACUMULADO
	2002	2003	2004	
MUJERES	5863	5962	6566	18391
HOMBRES	7237	8043	8214	23494
No Identificado	0	3	0	3
TOTAL	13100	14008	14780	41888

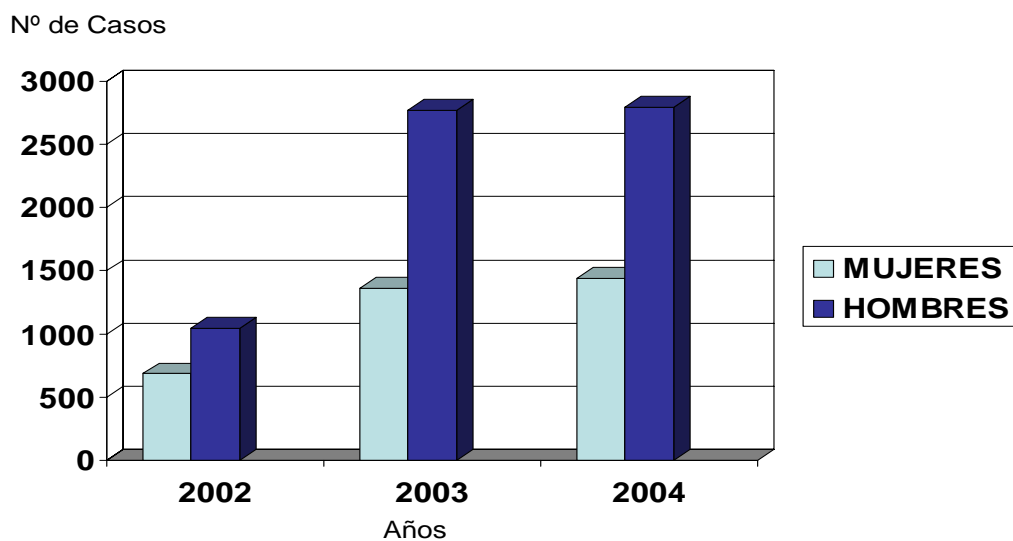


#### 5.1.2.2. Cirugía con hospitalización

La distribución de frecuencias de la variable sexo durante los años estudiados, aparecen relacionadas en la siguiente tabla:

SEXO EN LA CIRUGIA CON HOSPITALIZACION (Nº de Casos))				
	Años			
	2002	2003	2004	ACUMULADO
MUJERES	686	1363	1438	3487
HOMBRES	1043	2767	2791	6601
TOTAL	1729	4130	4229	10088

### SEXO EN CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN



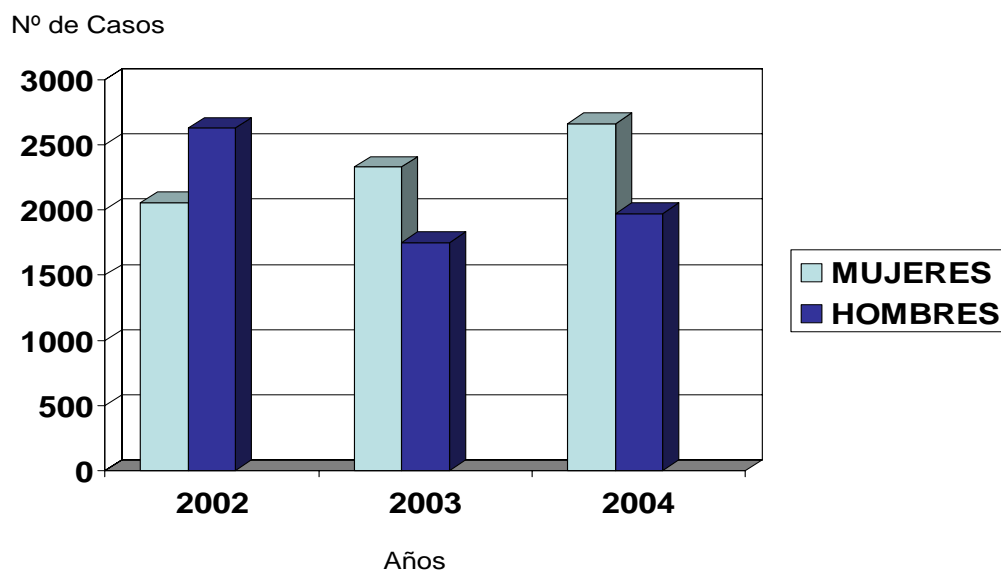
#### 5.1.2.3. Cirugía Mayor Ambulatoria

En el año 2002 la frecuencia es mayor en el sexo masculino, el 56% de los casos; pero esta tendencia cambia en el 2003, el 57% de intervenidos son mujeres. En el año 2004, se observa un incremento en las intervenciones de mujeres del 0.9%, representando un 57,5% de casos del total de intervenciones.

#### SEXO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (Nº de Casos)

	Años			
	2002	2003	2004	TOTAL
MUJERES	2057	2329	2659	7045
HOMBRES	2628	1748	1969	6345
TOTAL	4685	4077	4628	13390

### SEXO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA



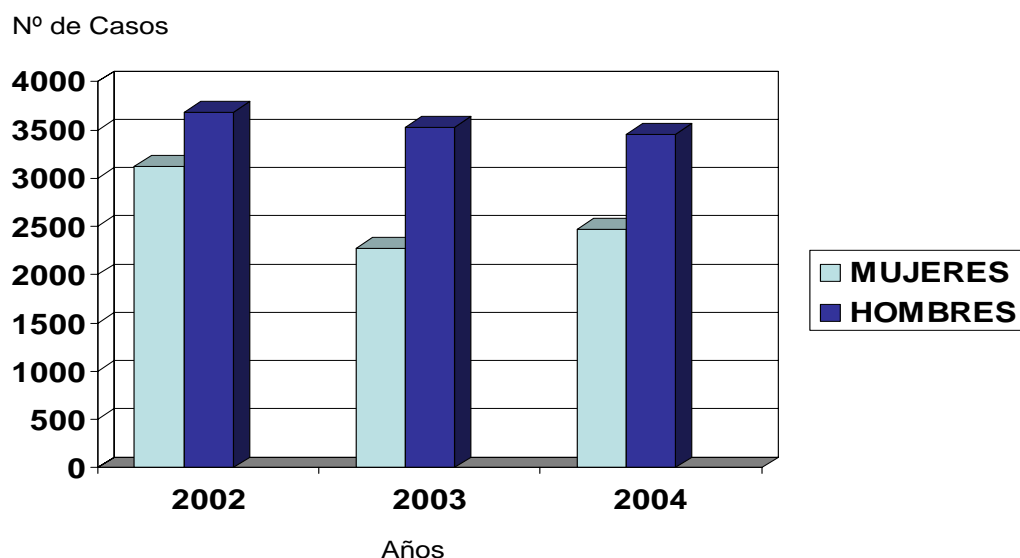
#### 5.1.2.4. Cirugía Menor Ambulatoria

La mayor frecuencia de utilización de la cirugía se observa en hombre, siendo muy escasas las diferencias entre los tres años estudiados. .

### SEXO EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA (Nº de Casos)

	Años			TOTAL
	2002	2003	2004	
MUJERES	3120	2273	2469	7862
HOMBRES	3683	3528	3454	10665
TOTAL	6803	5801	5923	18527

### SEXO EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA



### 5.1.3. Información de la situación de la Lista de Espera Quirúrgica

#### 5.1.3.1. Lista de Espera Quirúrgica. Datos globales

Los datos globales indican que en el primer período la reducción en la lista de espera quirúrgica es de un 23,1% y en el segundo de un 27,6%.

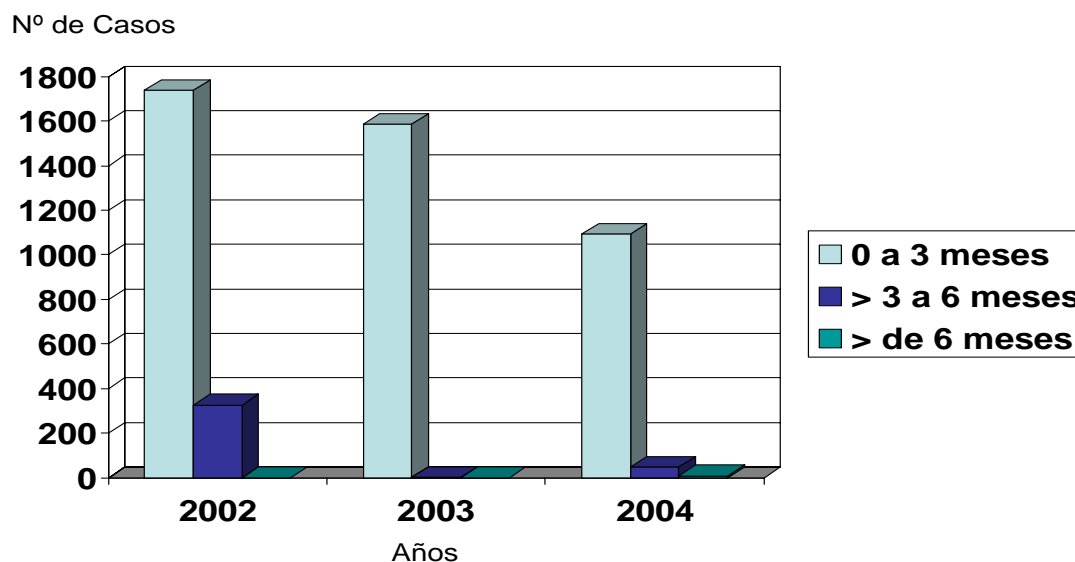
LISTA DE ESPERA QUIRURGICA. DATOS GLOBALES. (Nº de Casos)

	Años		
	2002	2003	2004
LEQ GLOBAL	2066	1589	1150
0 a 3 meses	1740	1587	1093
> 3 a 6 meses	326	2	48
> de 6 meses	0	0	9
Demora Media (activos)	55	43	31
Espera Media (acumulado de salidas)	97	81	45
índice de Entradas/Salidas (acumulado anual)	1,06	0,94	0,97

#### 5.1.3.1.1. Lista Quirúrgica por Tramos de Espera en meses

La reducción en el tramo de espera de 0 a 3 meses es del 20,1% entre los años 2002 y 2003 y del 27,6% entre los años 2003 y 2004.

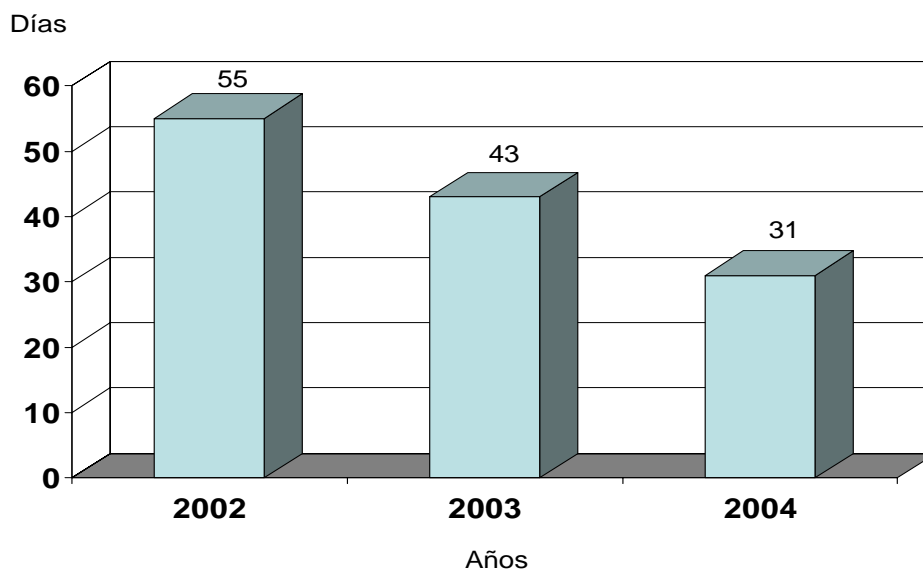
**LISTA DE ESPERA QUIRURGICA POR TRAMOS MENSUALES**



#### 5.1.3.1.2. Demora Media

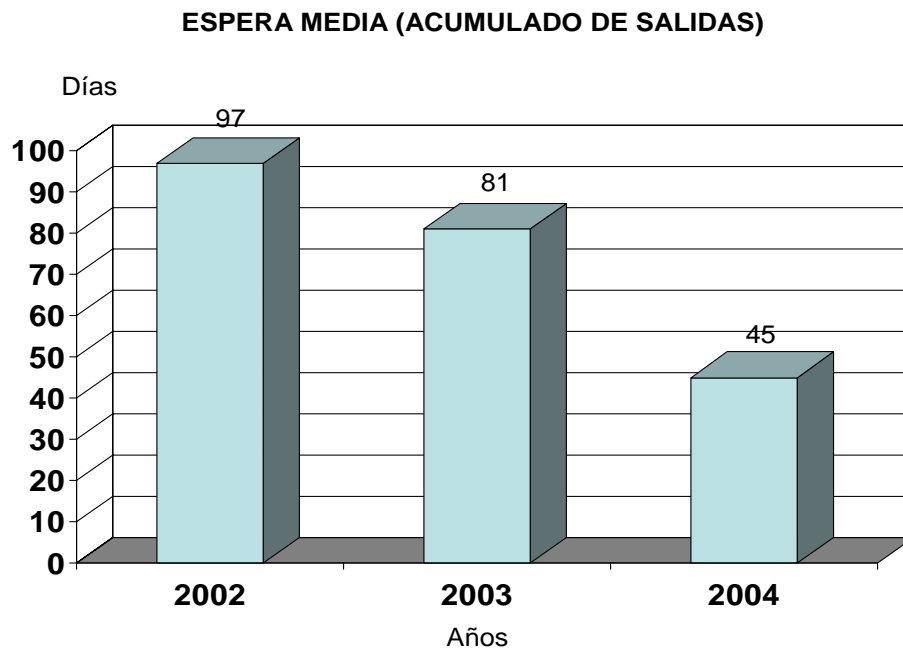
En el periodo 2002 y 2003 se reduce el número de días de demora en un 21,8%, y entre el 2003 y el 2004, un 27,9%.

**DEMORA MEDIA (ACTIVOS)**



#### 5.1.3.1.3. Espera Media

En el primer intervalo la disminución de espera es del 16,5% y en el segundo, la disminución corresponde a un 40,5%.

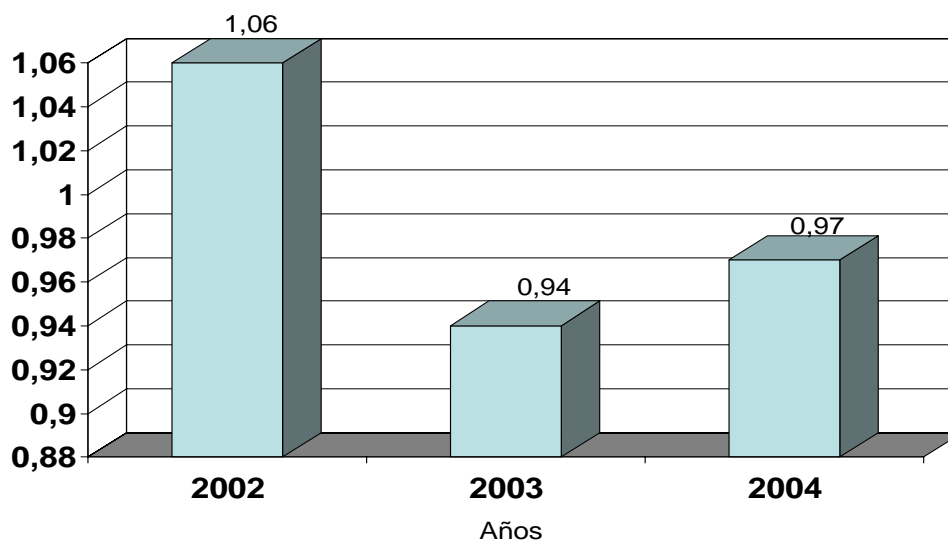


#### 5.1.3.1.4. Índice acumulado anual de entradas y salidas

El número de intervenciones que se realizan en relación al número de pacientes que se incluyen en lista de espera quirúrgica para ser intervenidos, es menor que la unidad en los años 2003 y 2004 y ligeramente superior a la unidad en el año 2002.



### ÍNDICE DE ENTRADAS/SALIDAS (ACUMULADO ANUAL)



#### 5.1.3.2. Indicadores de gestión de lista de espera quirúrgica

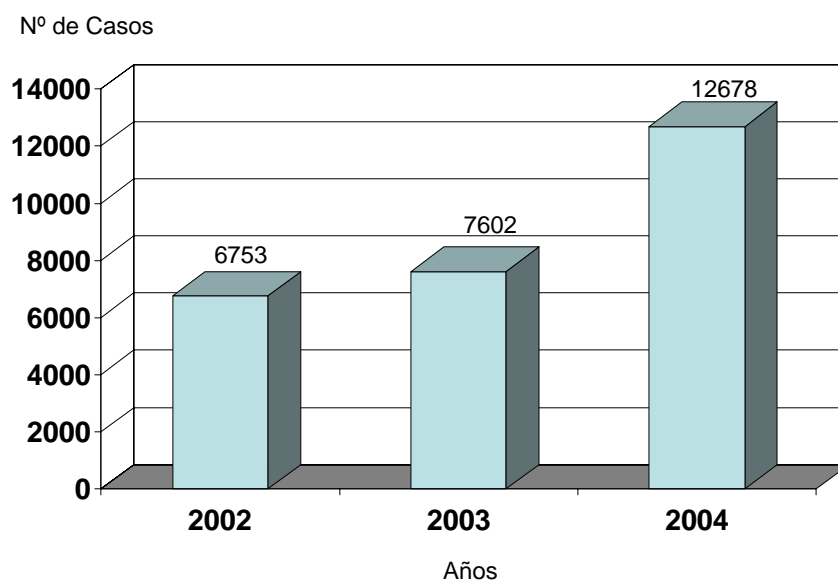
##### INDICADORES DE GESTIÓN DE LEQ

	Años		
	2002	2003	2004
ACUMULO ANUAL DE ENTRADAS	6753	7602	12678
INDICE INTERVENCIONES / ENTRADAS	0,69	0,84	0,87
ACUMULADO ANUAL DE SALIDAS	6358	8079	13117
PORCENTAJE DE SALIDAS POR DEPURACION	26,4	21,3	15,5
ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA	0,26	0,33	0,16
PORCENTAJE PACIENTES EN ESPERA MOTIVOS MEDICOS	3,1	3,1	27,3
PORCENTAJE DE PACIENTES PARA CIRUGIA AMBULATORIA	7,9	10,8	28

##### 5.1.3.2.1. Acumulado anual de entradas

Este acumulado es netamente más grande en el año 2004 que en los años precedentes con 12.678 pacientes indicados para intervenir quirúrgicamente, esto supone un crecimiento de un 40,1% respecto del año 2003.

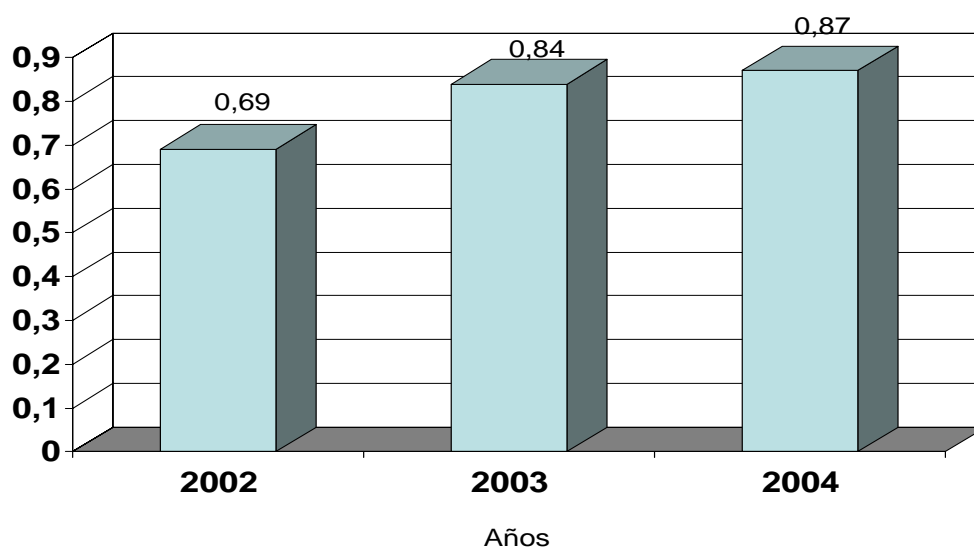
### ACUMULADO ANUAL DE ENTRADAS



#### 5.1.3.2.2. Índice de intervenciones con relación a las entradas

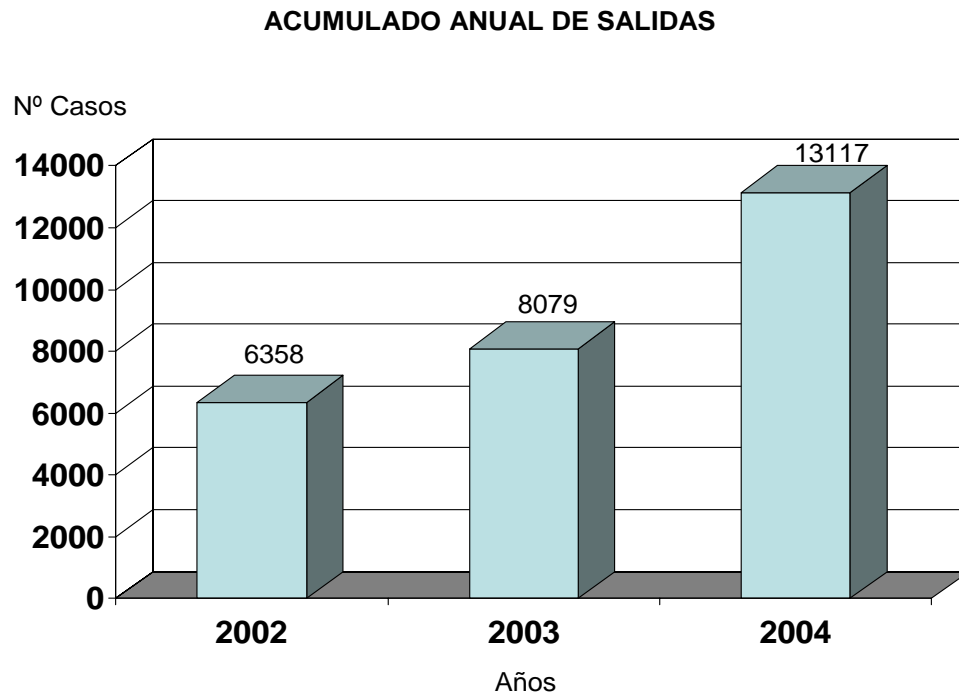
Este índice se incrementa en el intervalo 2002-2003 un 18% y entre los años 2003 y 2004 un 3,5%.

### ÍNDICE INTERVENCIONES / ENTRADAS



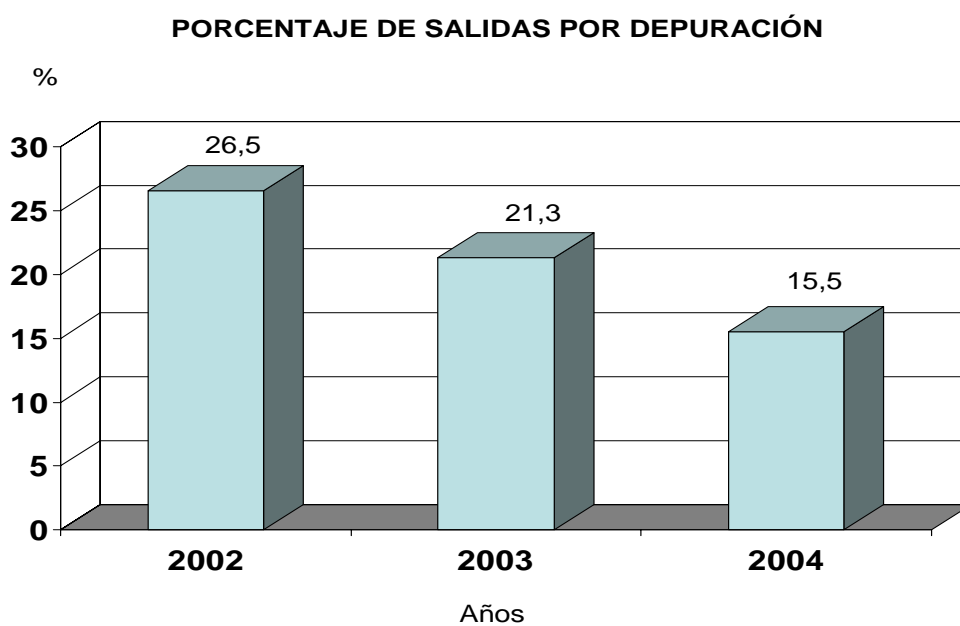
#### 5.1.3.2.3. Acumulado anual de salidas

Este acumulado es similar al de entradas, más grande en el año 2004 que en los años precedentes con 13.117 pacientes pendientes de intervención quirúrgica, esto supone un crecimiento de un 38,4% respecto del año 2003.



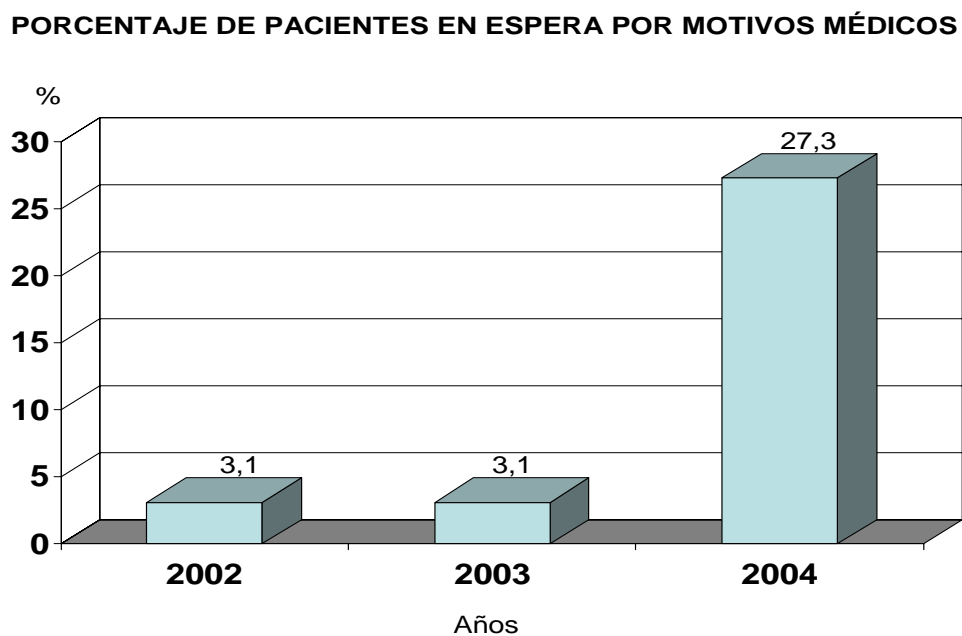
#### 5.1.3.2.4. Porcentaje de salidas por depuración

Las actuaciones que el servicio de admisión y documentación clínica realiza periódicamente sobre pacientes que por diversos motivos desaparecen de la lista de espera (cambio de domicilio, fallecimiento y otros), se reduce según avanzamos en los tres años del periodo de estudio, desde el 26,5% en el año 2002 hasta el 15,5% en el año 2004.



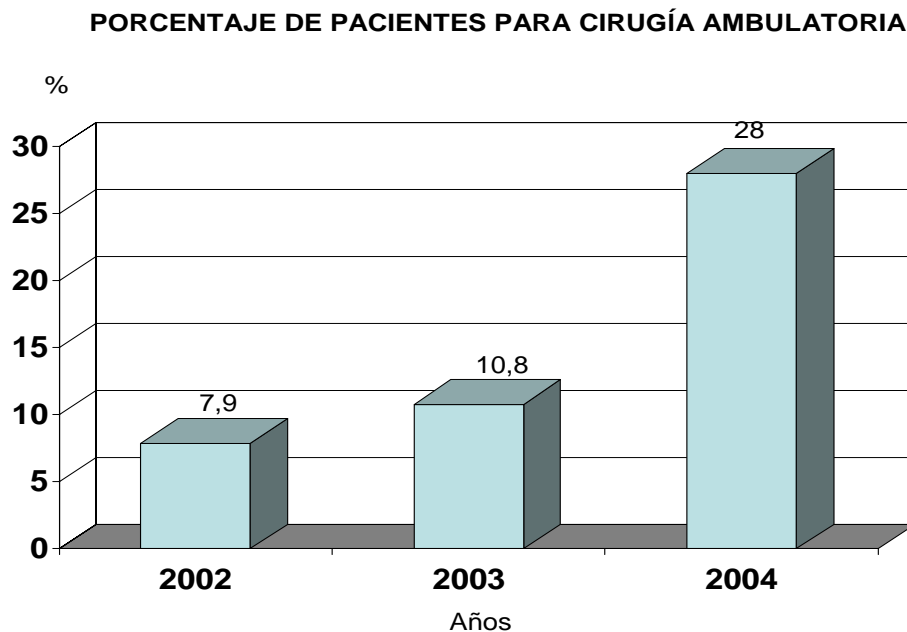
#### 5.1.3.2.5. Porcentaje en espera por motivos médicos

Se incrementa desde el 3,1% al 27,3%.



#### 5.1.3.2.6. Porcentaje de pacientes para cirugía ambulatoria

Se incrementa en los dos primeros años en un 26,6%, pero en el año 2004 el porcentaje de aumento con relación al anterior es del 61,4%. Los datos aparecen relacionados en la siguiente gráfica.

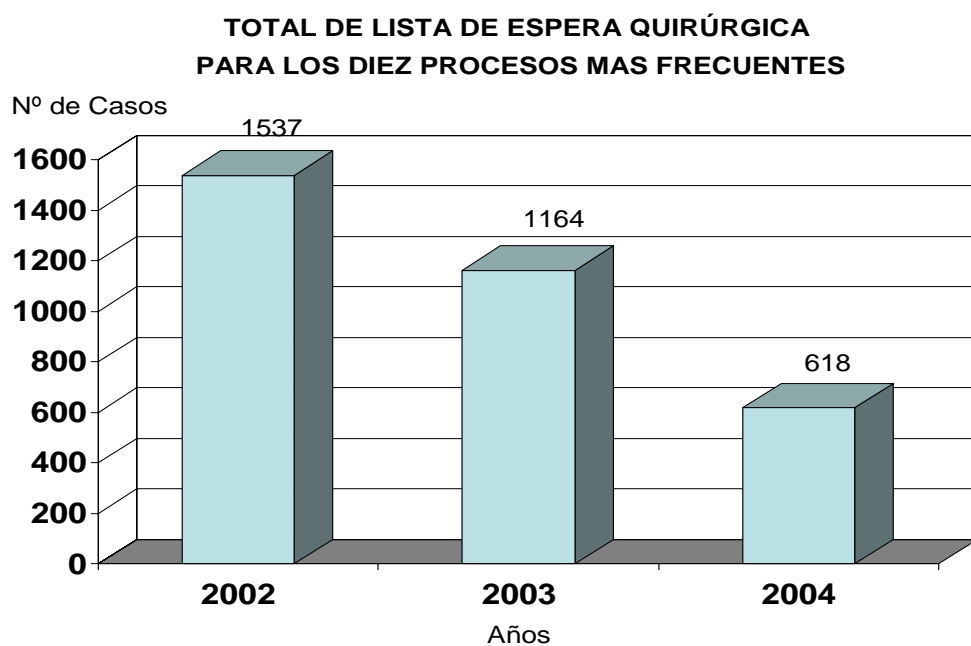


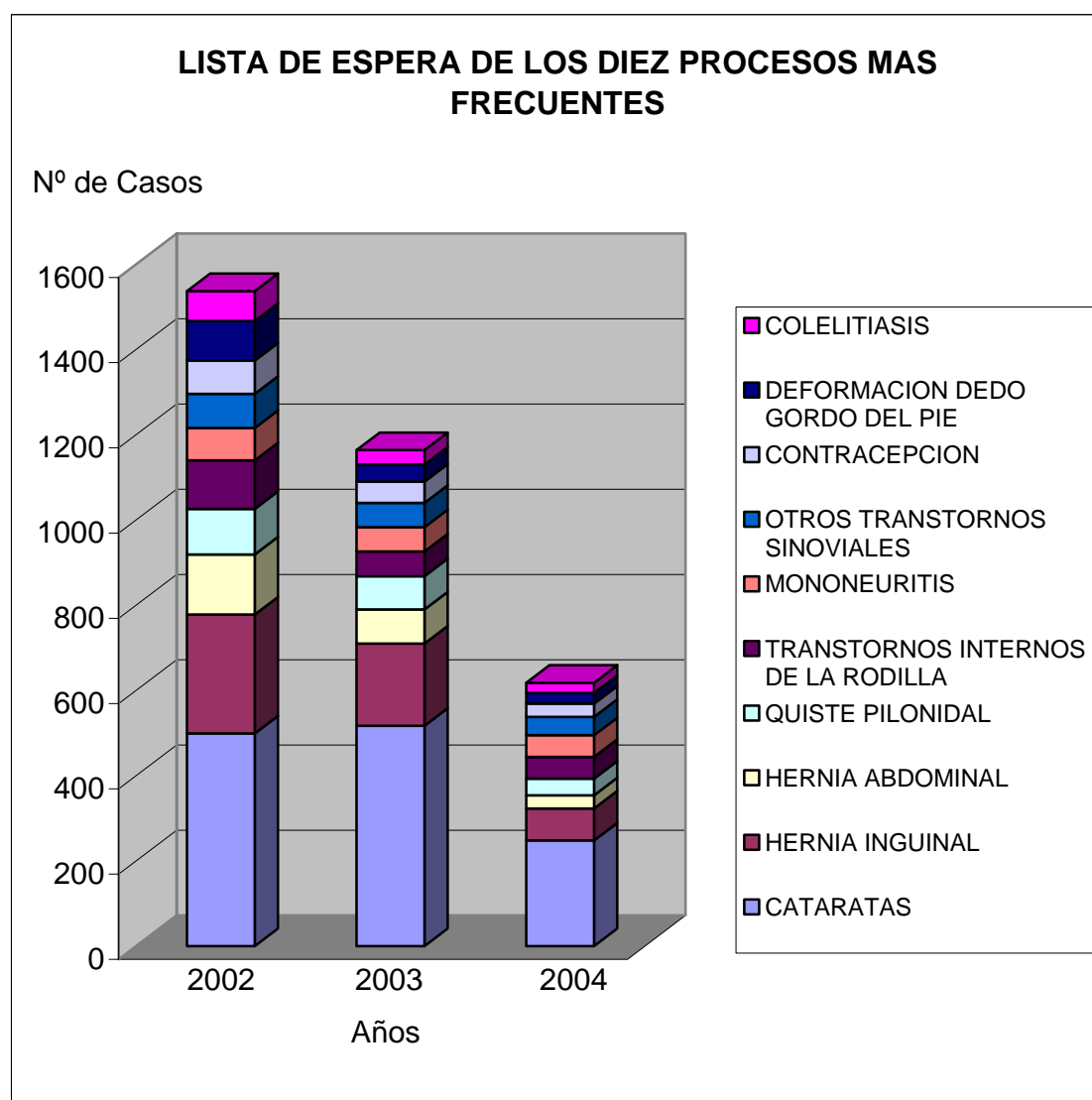
#### 5.1.3.3. Estudio de los diez procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica.

##### 5.1.3.3.1. Los diez procesos más frecuentes

Por orden de frecuencia son los siguientes: cataratas, hernia inguinal, otra hernia abdominal, quiste pilonidal, trastornos internos de la rodilla, mononeuritis, otros trastornos de la sinovial, contracepción, deformación dedo gordo y colelitiasis. El compute de suma global anual para estos diez procesos nos da como resultado que en el año 2002 hay 1537 procesos, 1164 en el año 2003 y 618 para el año 2004.

10 PROCESOS MAS FRECUENTES			
TOTAL LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (Nº de Casos)			
	Años		
	2002	2003	2004
CATARATAS	499	517	248
HERNIA INGUINAL	279	193	75
OTRA HERNIA ABDOMINAL	141	80	31
QUISTE PILONIDAL	107	78	39
TRANSTORNO INTERNO DE LA RODILLA	114	58	51
MONONEURITIS	76	57	51
OTROS TRANSTORNOS SINOVIALES	80	57	43
CONTRACEPCION	78	50	31
DEFORMACION DEDO GORDO	93	40	25
COLELITIASIS	70	34	24
<b>TOTAL</b>	<b>1537</b>	<b>1164</b>	<b>618</b>





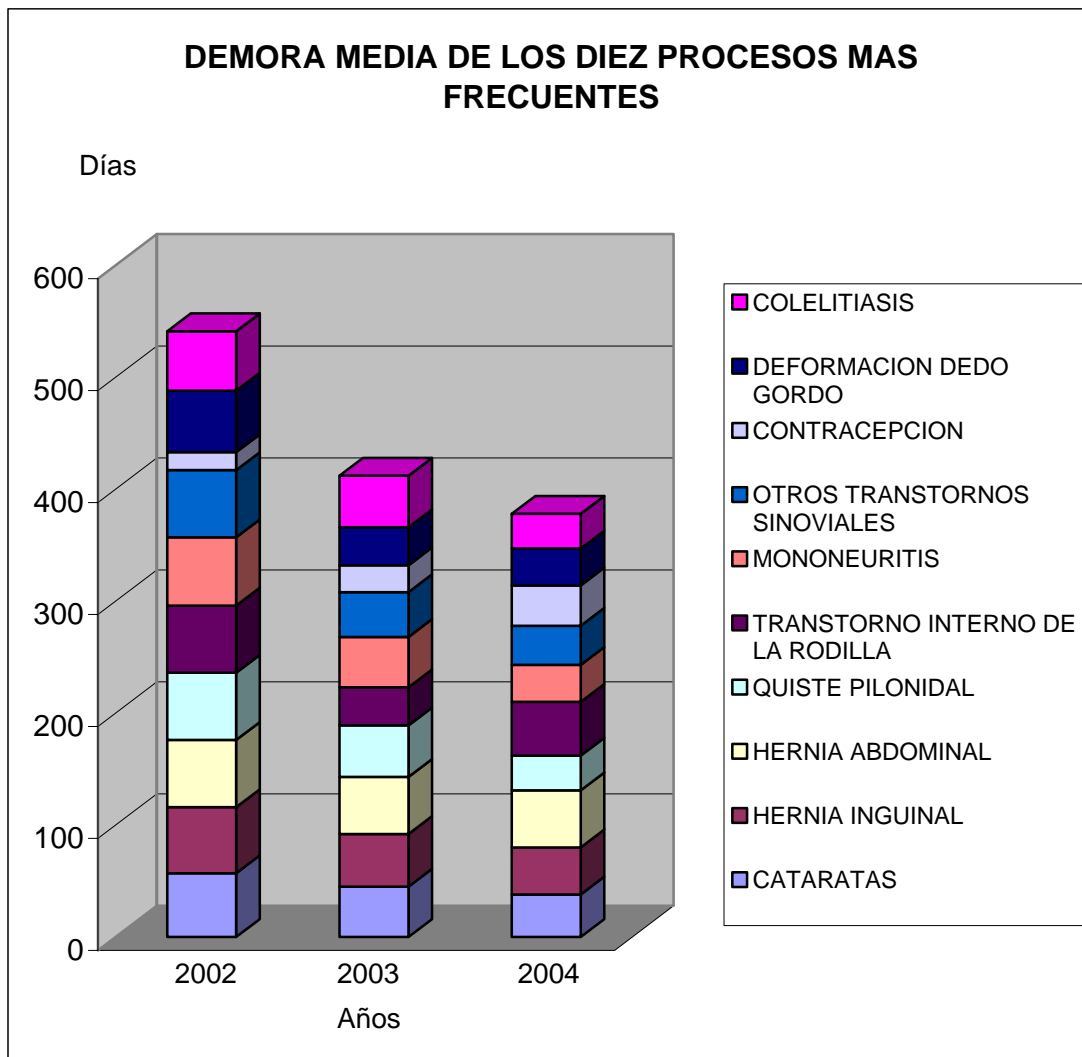
#### 5.1.3.3.2. Demora media

Este demora en los diez procesos más frecuentes se reduce progresivamente en los tres años, excepto en los trastornos internos de rodilla que incrementa la espera para la intervención desde los 34 días en el año 2003, hasta los 48 días en el año 2004.

**DEMORA MEDIA (Nº de Días)**

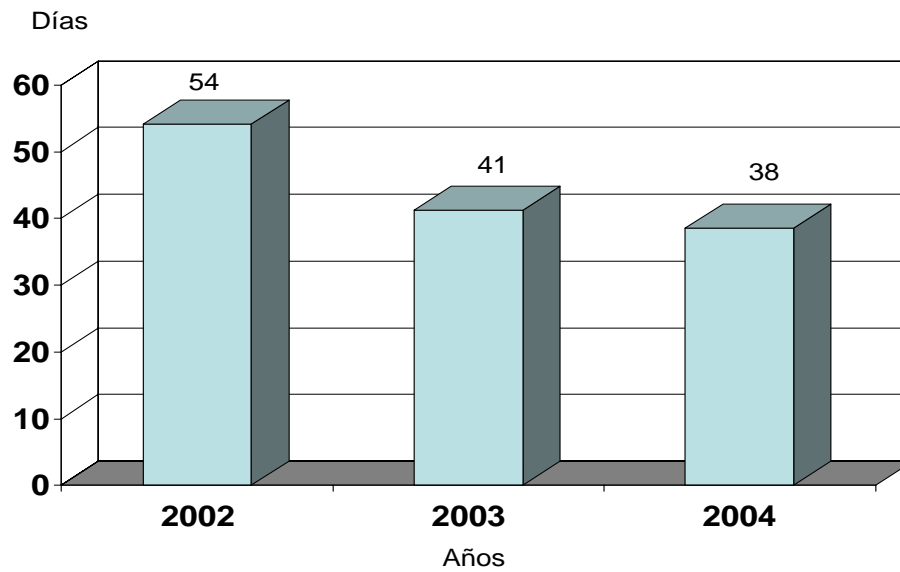
	AÑOS		
	2002	2003	2004
CATARATAS	57	45	38
HERNIA INGUINAL	59	47	42
OTRAS HERNIAS ABDOMINALES.	60	51	51
QUISTE PILONIDAL	60	46	31
TRANSTORNOS INTERNOS DE RODILLA	60	34	48
MONONEURITIS	61	45	33
OTROS TRASTORNOS DE LA SINOVIAL	60	40	35
CONTRACEPCION	16	24	36
DEFORMACION DEDO GORDO	55	34	33
COLELITIASIS	53	46	31
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>41</b>	<b>38</b>

**DEMORA MEDIA DE LOS DIEZ PROCESOS MAS FRECUENTES**





**DEMORA MEDIA TOTAL  
DE LOS DIEZ PROCESOS MAS FRECUENTES**

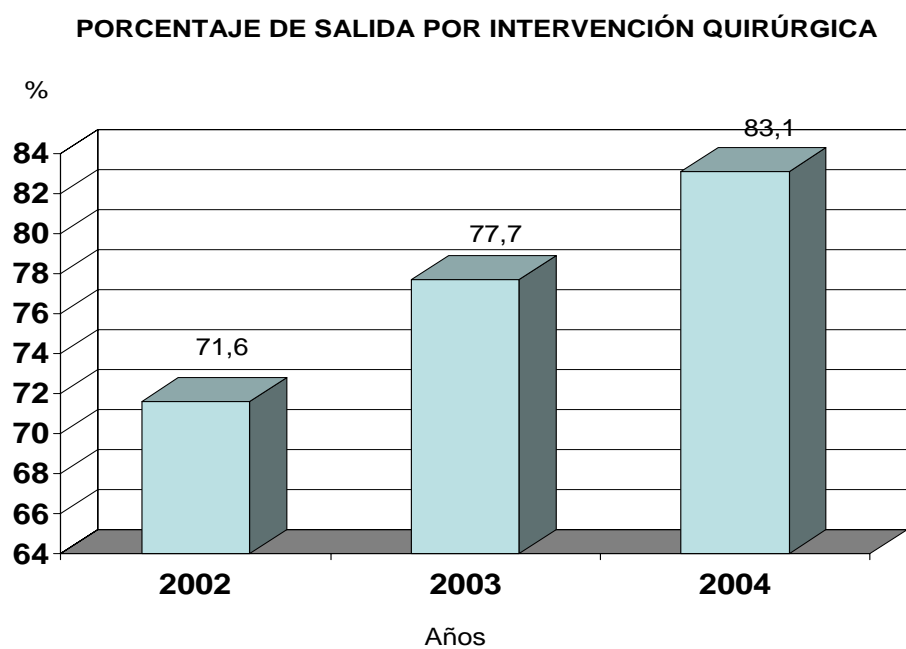
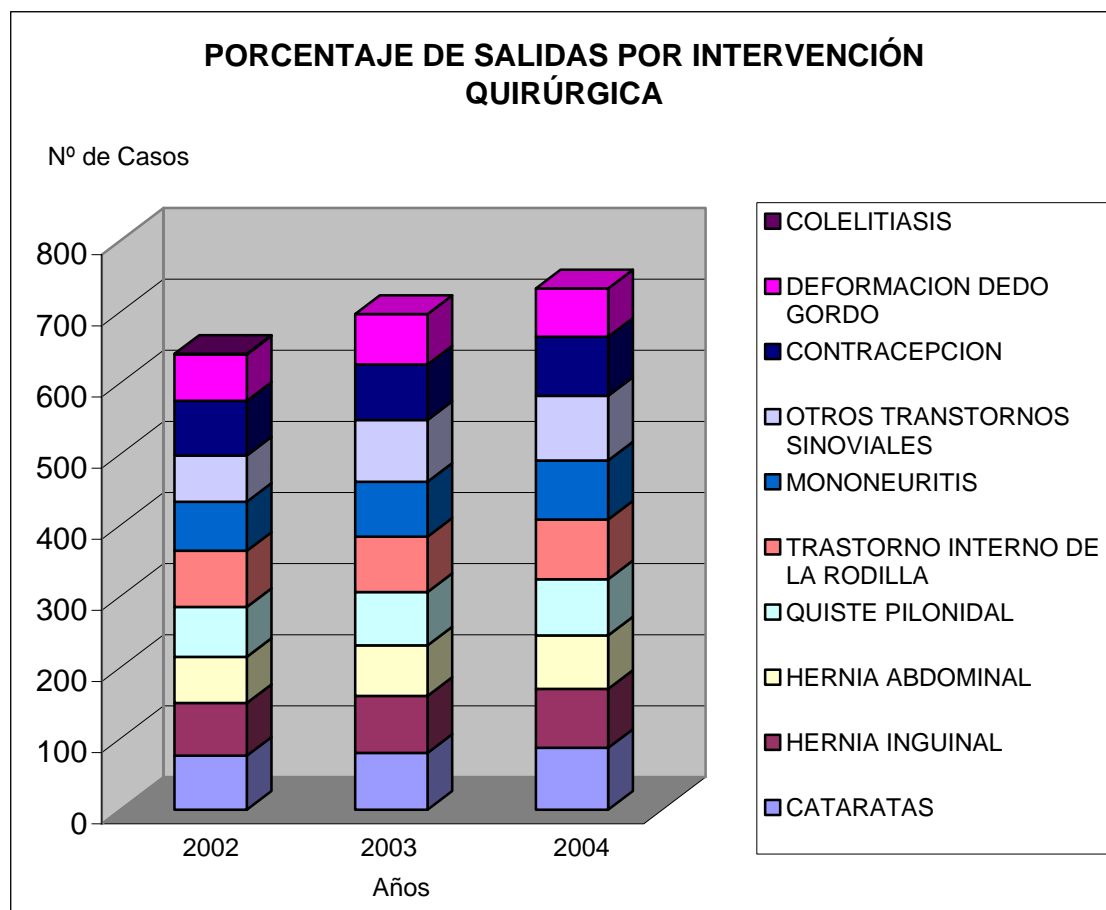


**5.1.3.3.3. Media anual total del porcentaje de salidas**

Por intervención quirúrgica para estos procesos el porcentaje medio es de 71,6% (2002), 77,7% (2003) y 83,1% (2004).

**PORCENTAJE DE SALIDAS POR INTERVENCION QUIRÚRGICA (%)**

	AÑO		
	2002	2003	2004
CATARATAS	75,8	80,2	86,9
HERNIA INGUINAL	73,5	80,4	83,5
OTRA HERNIA ABDOMINAL	65,1	70,6	74,7
QUISTE PILONIDAL	69,9	74,5	79,2
TRANSTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	77,1	80,3	82,8
MONONEURITIS	79,9	78	83,6
OTROS TRANSTORNOS DE LA SINOVIAL	69,5	76,9	82,6
CONTRACEPCION	65	87	91,4
DEFORMACION DEDO G.	77,2	77,9	83,1
COLELITIASIS	64,7	71,5	68
<b>TOTAL</b>	<b>71,6</b>	<b>77,7</b>	<b>83,1</b>



#### 5.1.3.4. Las Especialidades Quirúrgicas.

##### 5.1.3.4.1. La Lista de Espera por Especialidades.

Las especialidades quirúrgicas cuya cirugía se realizó mediante CMA son: Cirugía General y Digestiva, Oftalmología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología, Dermatología y Otorrinolaringología. La Dermatología no se incluye en la tabla, porque no aparece en el cuadro de diálogo del sistema informático hasta el año 2005.

Todas reducen progresivamente su lista de espera quirúrgica (LEQ) en los tres años, con resultados globales de 2066, 1589 y 1150 pacientes en espera de ser intervenidos a final de cada año respectivo.

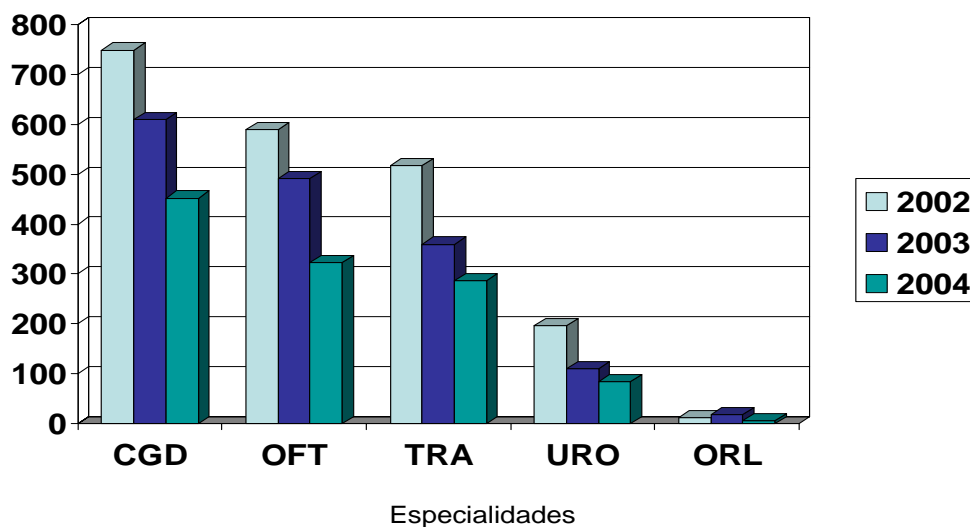
#### ESPECIALIDADES QUIRURGICAS (Nº de Casos)

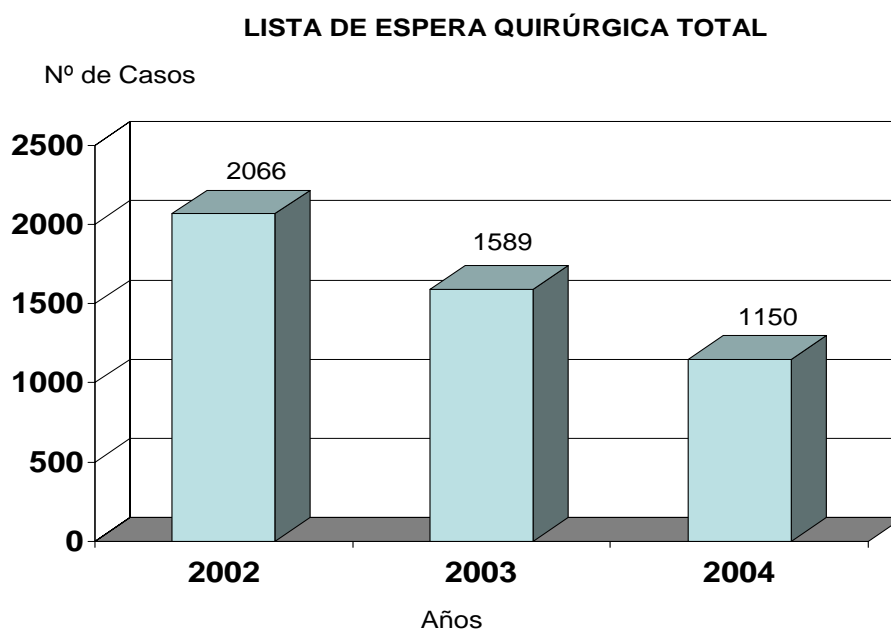
##### TOTAL LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

	Años		
	2002	2003	2004
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	749	610	452
OFTALMOLOGÍA	590	491	322
TRAUMATOLOGÍA	518	360	286
UROLOGÍA	197	110	84
OTORRINOLARINGOLOGÍA	12	18	6
TOTAL	2066	1589	1150

#### LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDADES

Nº de Casos





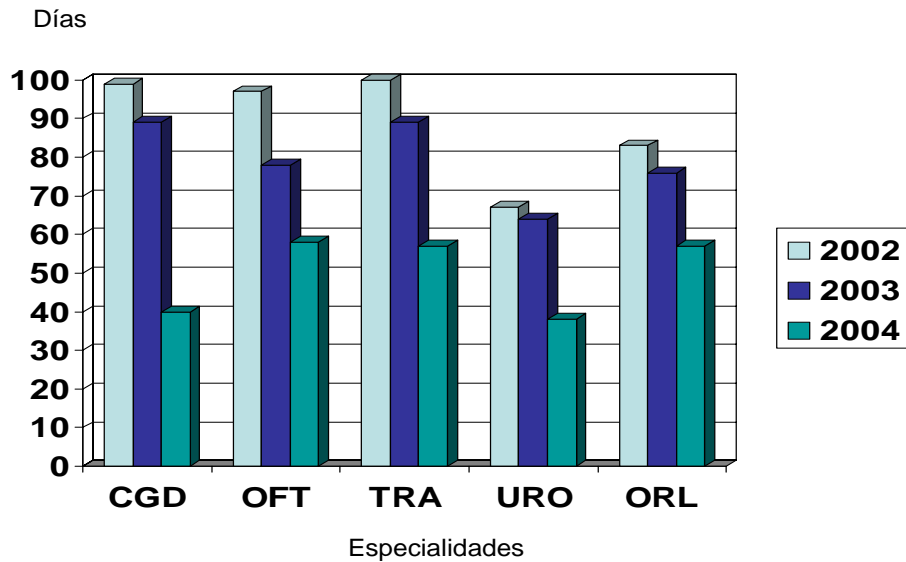
#### 5.1.3.4.2. Espera media acumulada anual

El total de espera media acumulada anual es de 89,2 días (2002), 79,2 días (2003) y 60 días (2004). Se reduce un 11,2% entre los años 2002 y 2003 y un 24,2% entre el año 2003 y el 2004.

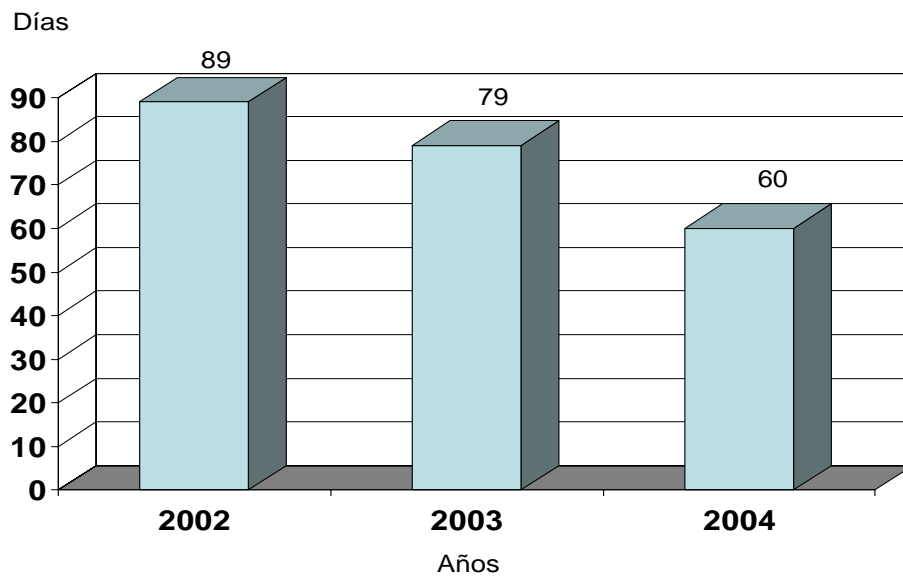
**ESPERA MEDIA ACUMULADA (Nº de Días)**

	AÑOS		
	2002	2003	2004
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	99	89	40
OFTALMOLOGÍA	97	78	58
TRAUMATOLOGÍA	100	89	57
UROLOGÍA	67	64	38
OTORRINORALINGOLOGÍA	83	76	57
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>79</b>	<b>60</b>

#### ESPERA MEDIA POR ESPECIALIDADES



#### ESPERA MEDIA ACUMULADA



#### 5.1.3.4.3. Índice acumulado de entradas y salidas

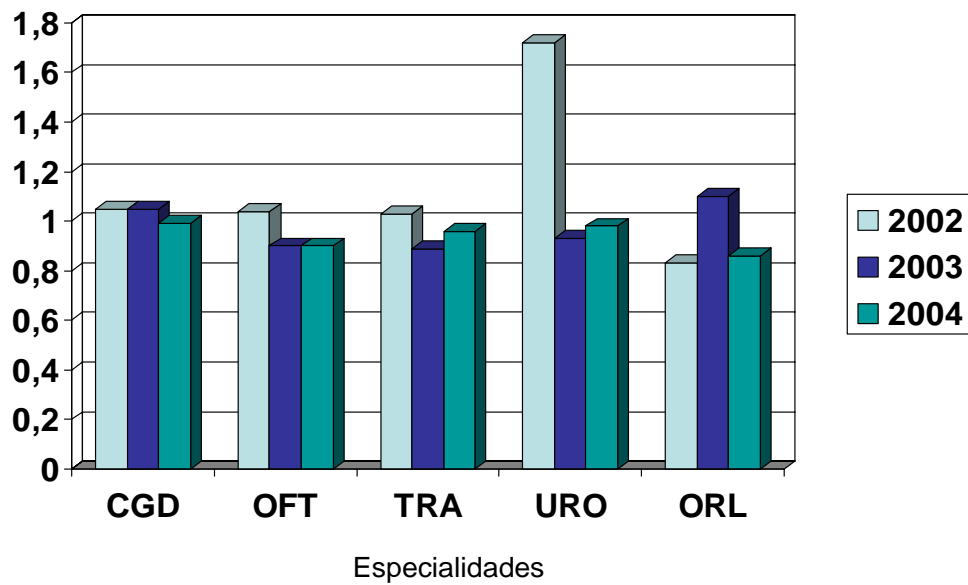
Registra variaciones por especialidad y año.

En general las especialidades de cirugía y otorrinolaringología disminuyen el indicador en el año 2004, en la oftalmología los cambios observados son mínimos a lo largo del periodo estudiado y se incrementan en las especialidades de traumatología y urología.

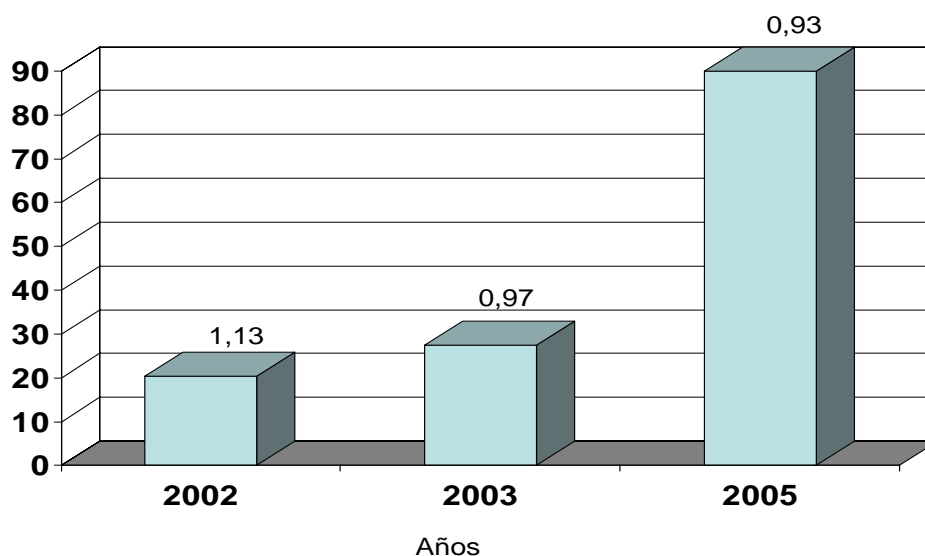
### ÍNDICE ACUMULADO ENTRADAS / SALIDAS

	Años		
	2002	2003	2004
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	1,05	1,05	0,99
OFTALMOLOGÍA	1,04	0,9	0,9
TRAUMATOLOGÍA	1,03	0,89	0,96
UROLOGÍA	1,72	0,93	0,98
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0,83	1,1	0,86
TOTAL	1,13	0,97	0,93

### ÍNDICE ACUMULADO DE ENTRADAS/SALIDAS POR ESPECIALIDADES



#### ÍNDICE ACUMULADO DE ENTRADAS/SALIDAS TOTAL

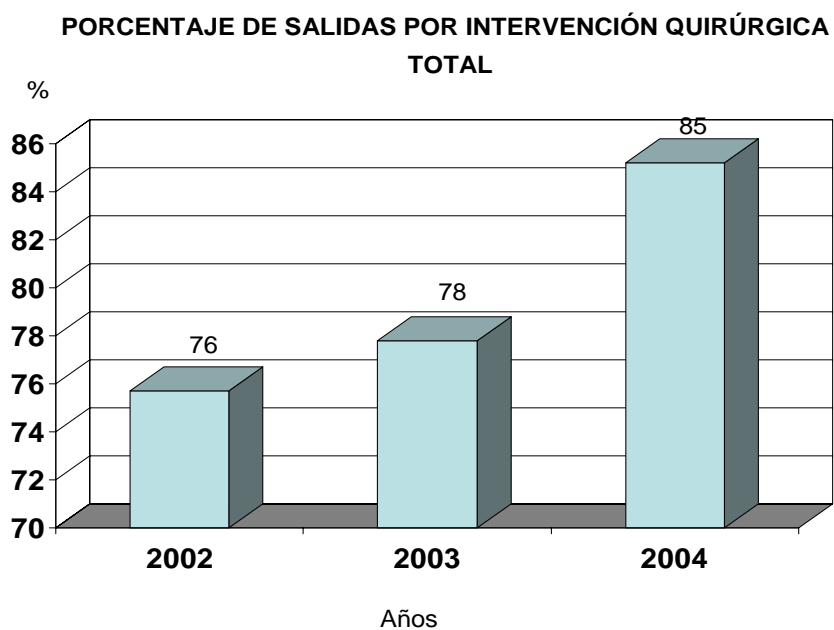
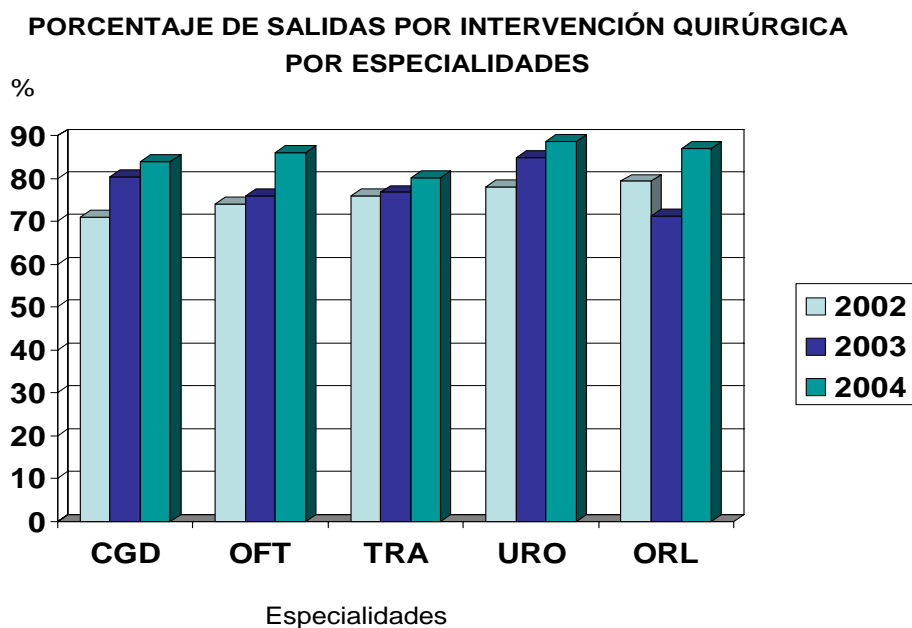


#### 5.1.3.4.4. Porcentaje de salidas por intervenciones quirúrgicas

Todas las especialidades incrementan el porcentaje de intervenciones, con globales por año de 75,7% (2002), 77,8% (2003) y 85,16% (2004).

#### PORCENTAJE DE SALIDAS POR INTERVENCION QUIRURGICA (%)

ESPECIALIDAD	AÑO		
	2002	2003	2004
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	71	80	84
OFTALMOLOGÍA	74	76	86
TRAUMATOLOGÍA	76	77	80
UROLOGÍA	78	85	89
OTORRINOLARINGOLOGÍA	79	71	87
TOTAL	76	78	85



#### 5.1.3.4.5. Número total de intervenciones

El número total de intervenciones aparecen referenciados en la siguiente tabla

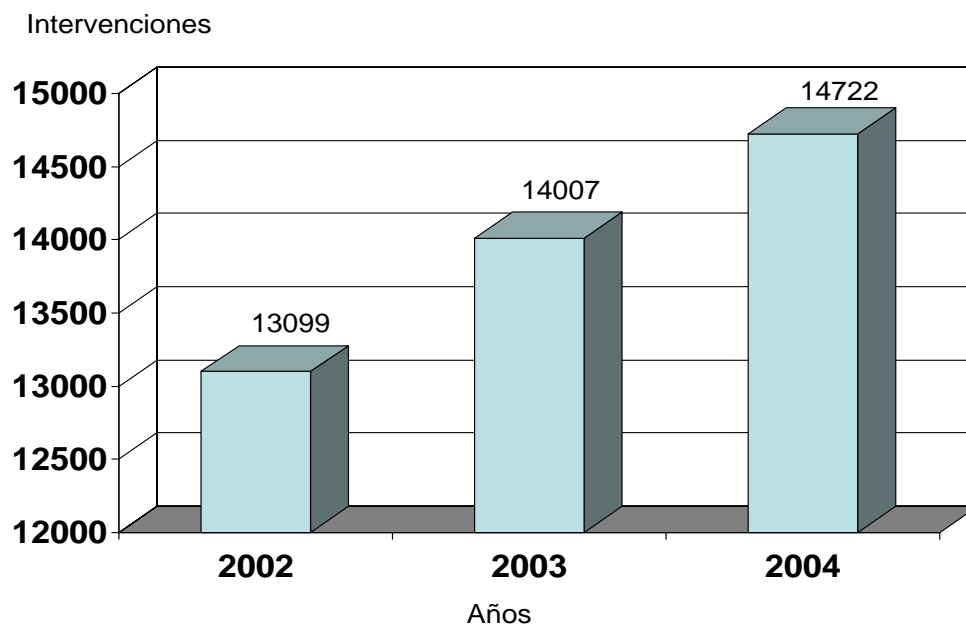
El crecimiento por intervalos es de 10,7% en el 2002-2003 y 10,51% en el 2003-2004.

**Nº TOTAL DE INTERVENCIONES**

AÑO	2002	2003	2004	ACUMULADO
<b>TOTAL</b>	13.099	14.007	14.722	41.828



### NÚMERO TOTAL DE INTERVENCIONES



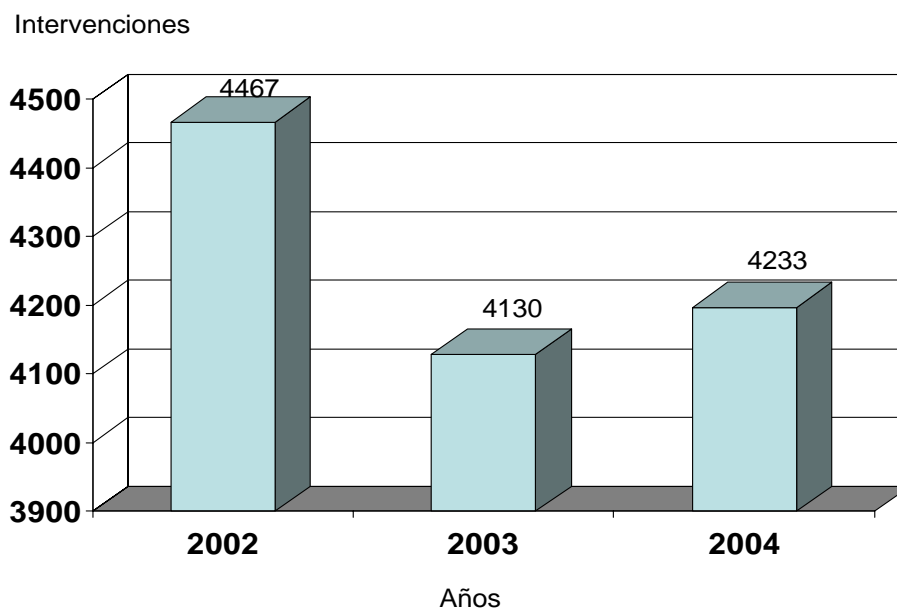
#### 5.1.3.4.6. Intervenciones con hospitalización

Se reducen entre los años 2002 y 2003 un 7,5%, para ser muy similares entre los años 2003 y 2004.

#### INTERVENCIONES CON HOSPITALIZACION

AÑO	2002	2003	2004	ACUMULADO
TOTAL	4.467	4.130	4.233	12.830

### INTERVENCIONES CON HOSPITALIZACIÓN



#### 5.1.3.4.7. Número de sesiones

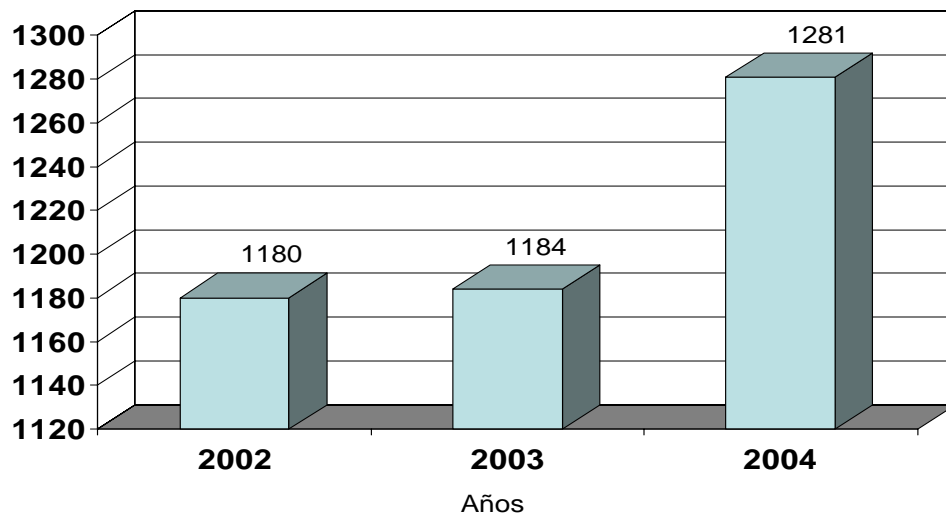
El total de las jornadas quirúrgicas en turno de mañana y tarde aumentan en el año 2003 en 4 y en el año 2004 en 97. De estas, en el año 2004 las sesiones de intervenciones con anestesia (Hospitalización y CMA) incrementan en un 12% y las que no necesitan anestesia en un 8,7%.

SESIONES			
	AÑOS		
	2002	2003	2004
TOTAL	1.180	1.184	1.281
HOS Y CMA*	639	601	682
AMBULANTES	546	613	671

\*: Sesiones con presencia de anestesista. En los quirófanos de Cirugía Menor no se programa la presencia del anestesista.

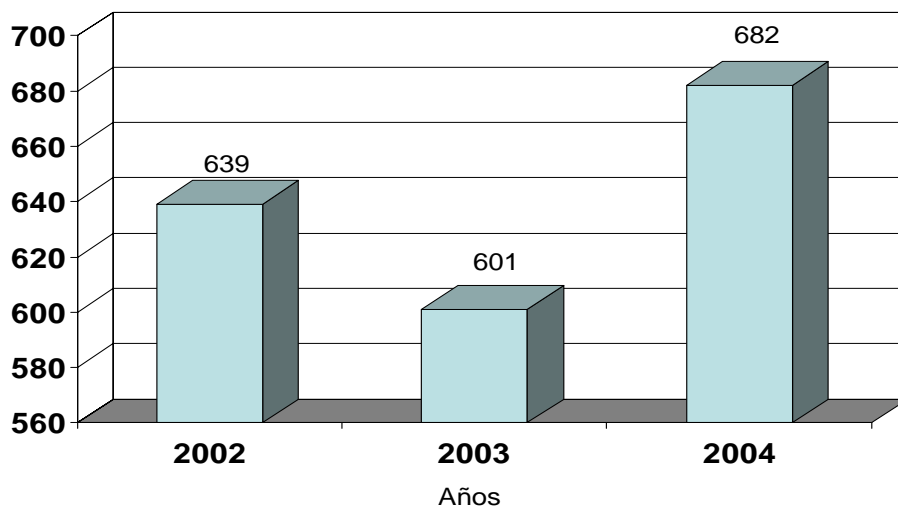
### NÚMERO TOTAL DE SESIONES

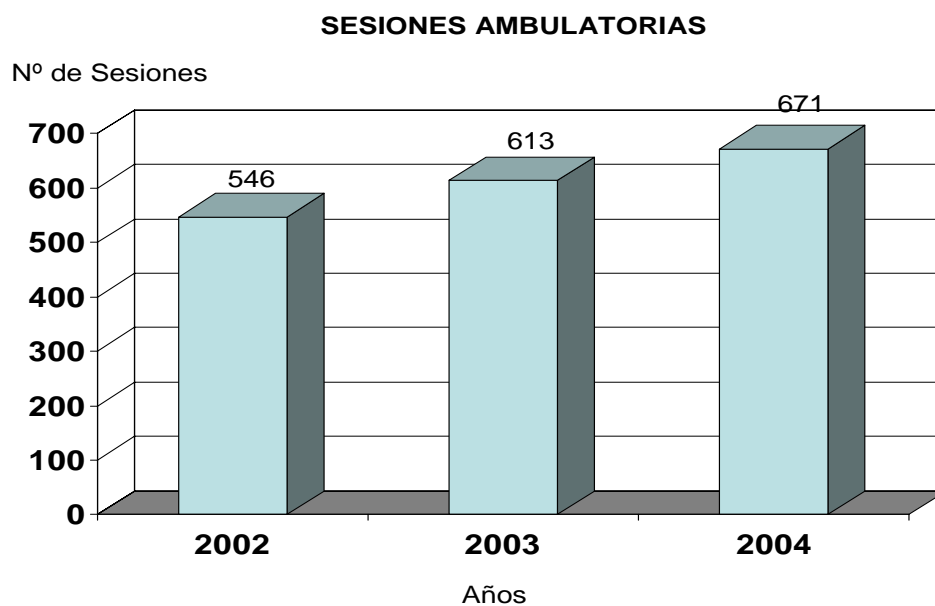
Nº de Sesiones



### SESIONES CON ANESTESISTA

Nº de Sesiones





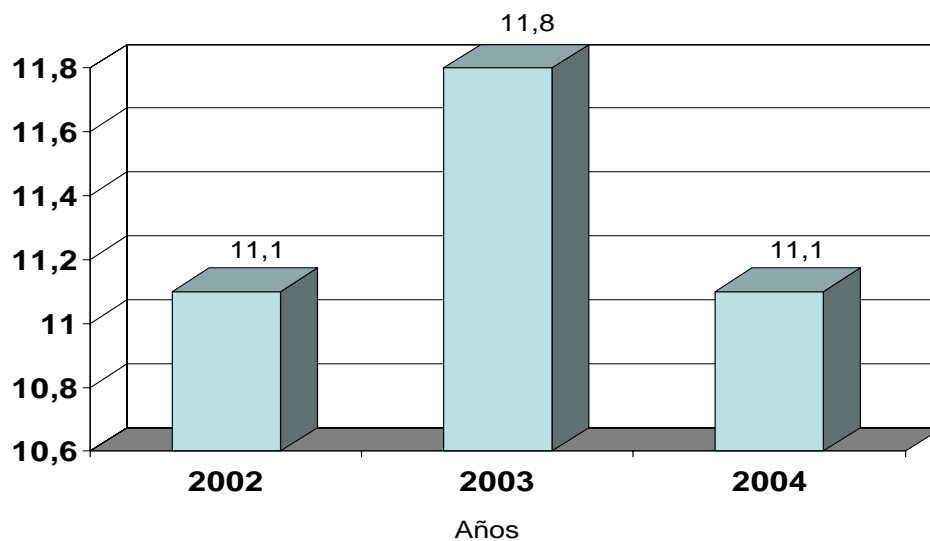
#### 5.1.3.4.8. Número de intervenciones por sesión

La razón entre el número total de intervenciones y el número total de sesiones es el siguiente, para el año 2002: 11,1; para el 2003: 11,8 y para el 2004: 11,1.

En el caso de intervenciones con anestesia el número medido de intervenciones en los tres años es mayor de 7.

INTERVENCIONES / SESION			
AÑOS			
	2002	2003	2004
TOTAL	11,1	11,8	11,1

#### INTERVENCIONES / SESION



#### 5.1.3.4.9. Suspensión de intervenciones

Las suspensiones de intervenciones aumentan entre el año 2002 y 2003, en 739 y disminuyen entre el año 2004, en 76.

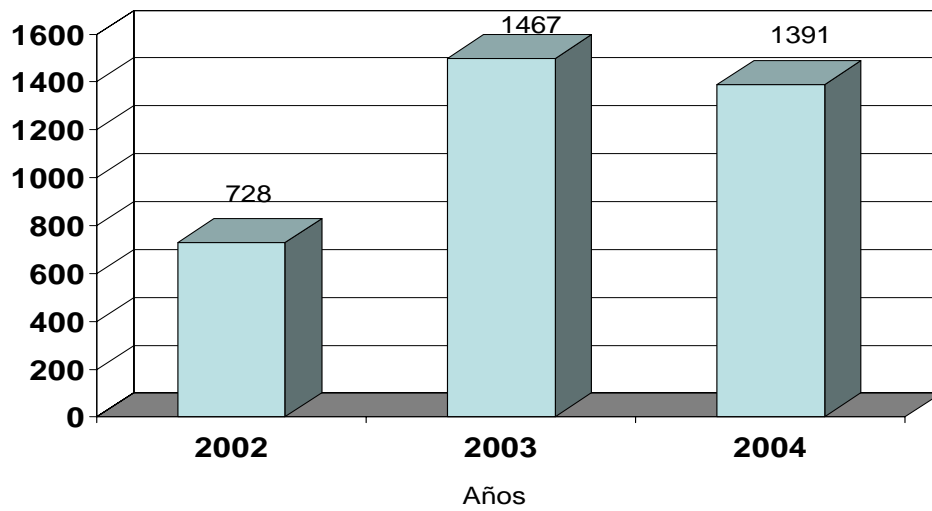
Las suspensiones en relación al porcentaje de programación aumentan en el primer intervalo un 4,21% y disminuyen en el año 2004, un 0,85%.

#### SUSPENSIONES

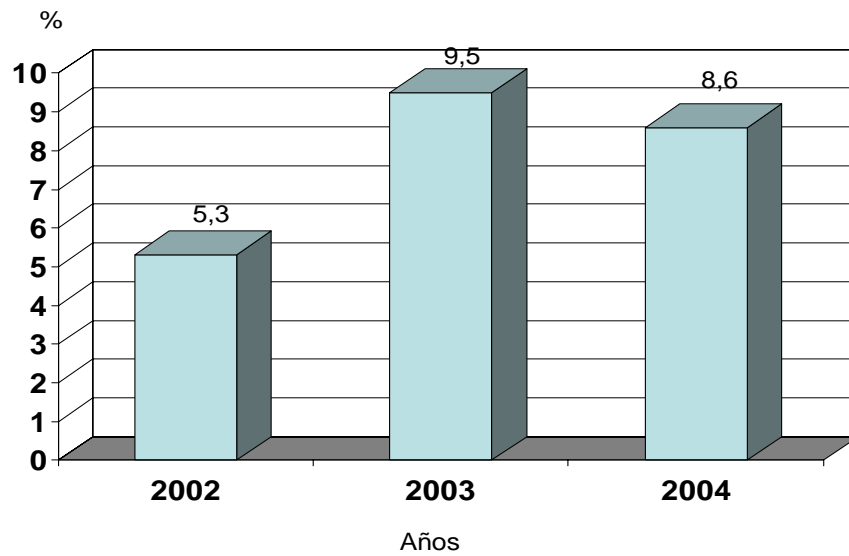
	AÑOS		
	2002	2003	2004
TOTAL	728	1.467	1.391
PORCENTAJE DE PROGRAMACIÓN	5,3	9,5	8,6

### SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES ANUALES

Nº de Suspensiones



### PORCENTAJE DE PROGRAMACIÓN SUSPENDIDA

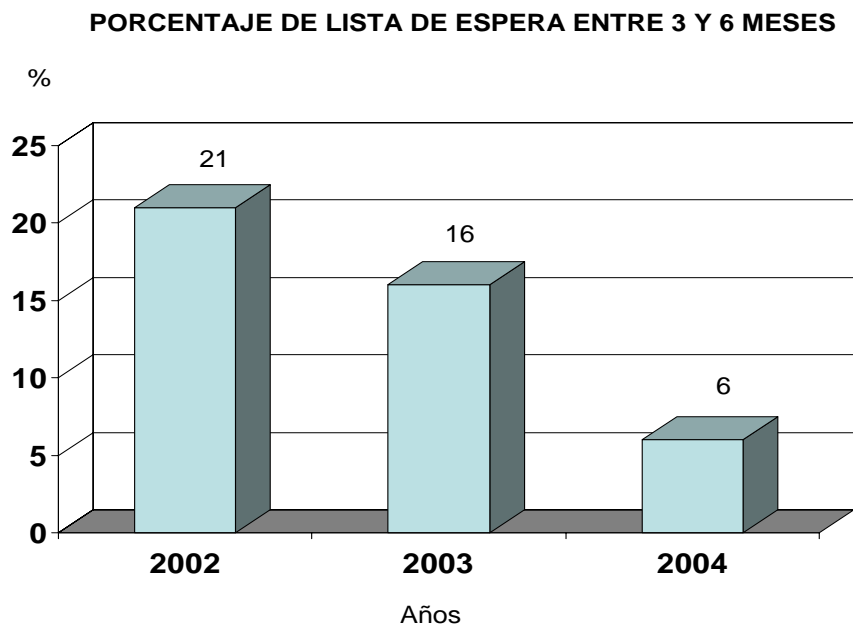


#### 5.1.3.4.10. Porcentaje de lista de espera entre tres y seis meses

Se va reduciendo en los tres años de estudio, según se muestra en tabla y gráficos.

**PORCENTAJE DE LISTA DE ESPERA ENTRE 3 Y 6 MESES**

AÑO	2002	2003	2004
% DE LE ENTRE 3 Y 6 MESES	21	16	6



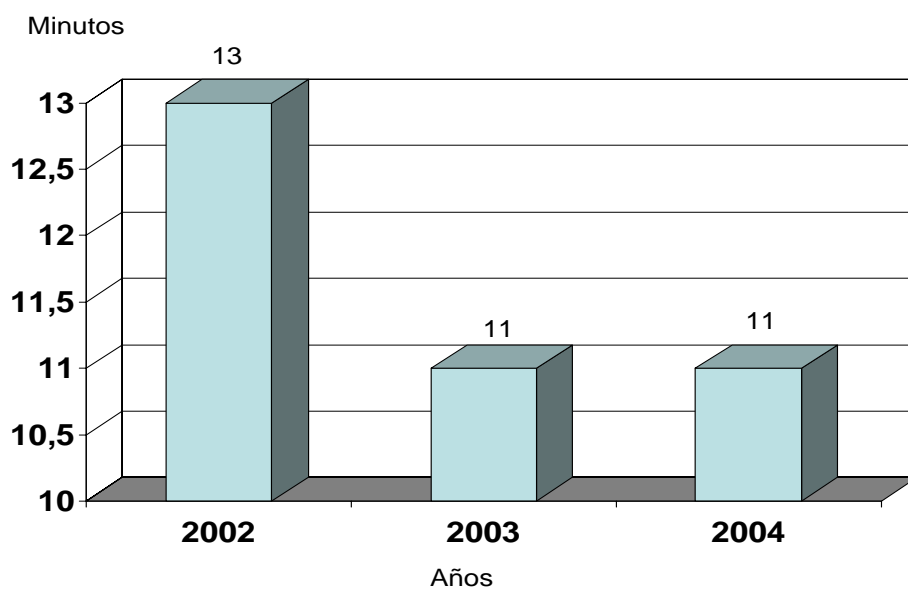
#### 5.1.3.4.11. Tiempo muerto medio entre intervenciones

El tiempo muerto medio entre intervenciones se reduce 2 minutos entre el año 2002 y el año 2003 y se mantiene igual en el año 2004.

**TIEMPO MUERTO**

	AÑOS		
	2002	2003	2004
TIEMPO MUERTO EN MINUTOS	13	11	11

### TIEMPO MUERTO MEDIO



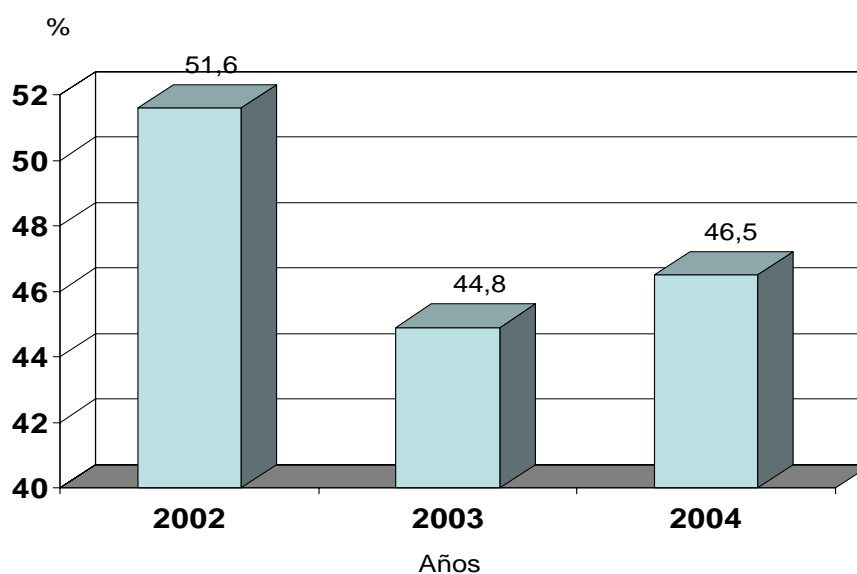
#### 5.1.3.4.12. Porcentaje de ocupación de quirófanos

El porcentaje de ocupación de quirófanos se reduce en un 13% en el año 2003 y aumenta un 4% en el año 2004.

### PORCENTAJE DE OCUPACIÓN

	AÑOS		
	2002	2003	2004
% OCUPACION	51,6	44,8	46,5

### PORCENTAJE DE OCUPACION





### 5.1.3.5. Anestesia

#### 5.1.3.5.1. Tipo de anestesia

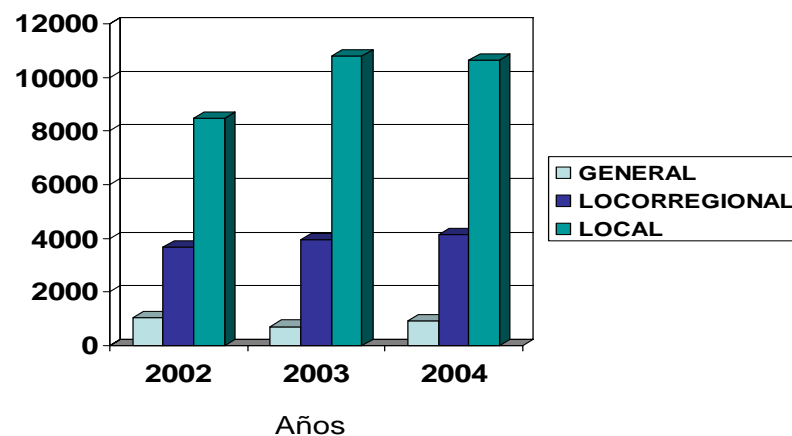
Las más frecuentes son general, locorregional y local. De estas tres, es la locorregional la que se incrementa progresivamente de 3678 procesos en el año 2002a 3962 en el 2003 hasta alcanzar los 4131 en el año 2004. La frecuencia de anestesia local aumenta entre el año 2003 y se mantiene similar en el año 2004. La anestesia general, se reduce en el año 2003 y vuelve a aumentar en el año 2004 sin llegar a alcanzar la cantidad del año 2002, con 1056 procesos.

TIPOS DE ANESTESIA (Nº de Intervenciones)

	AÑOS		
	2002	2003	2004
SIN ANESTESIA	2	0	3
PENDIENTE DE CONTACTO	238	0	4
TOPICA	0	4	416
GENERAL	1056	723	922
LOCORREGIONAL	3675	3962	4.131
ANESTESIA LOCAL	8464	10784	10.628
TOTAL	13435	15473	16104

TIPOS DE ANESTESIA

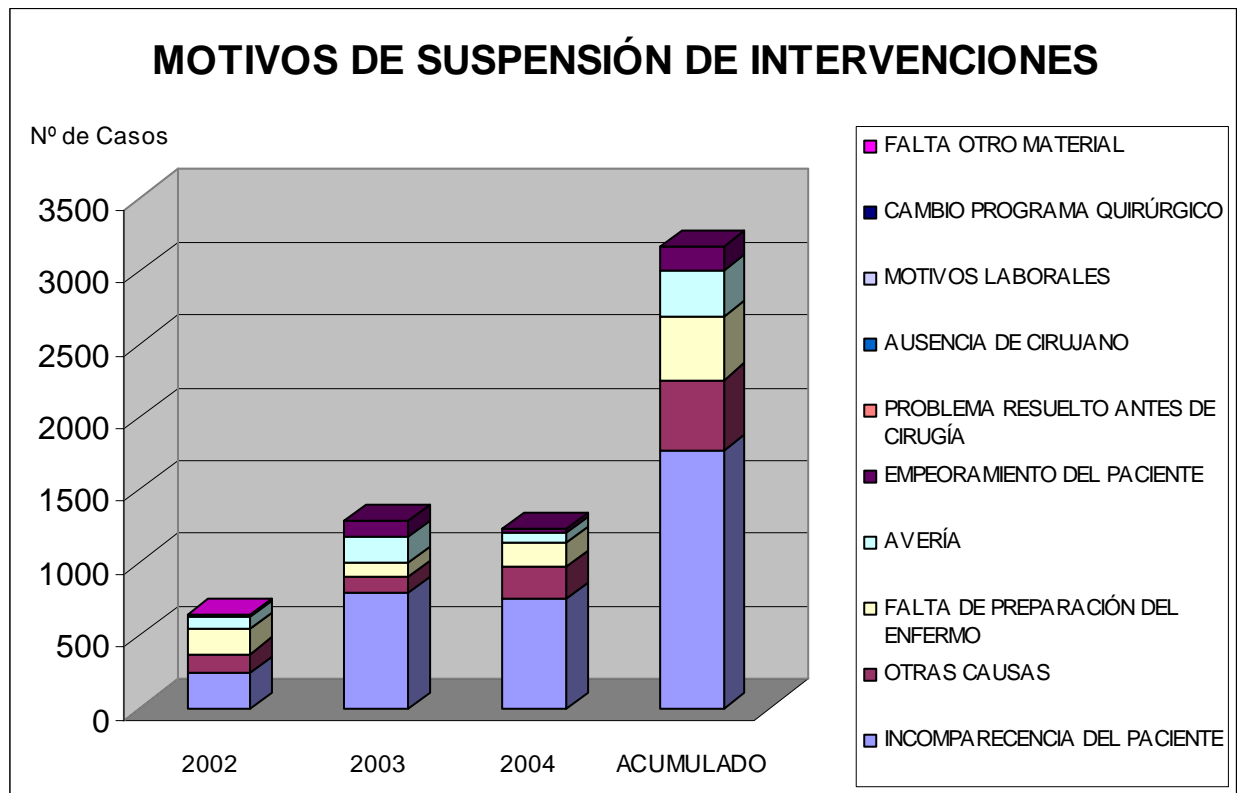
Nº de Casos



### 5.1.3.5.2. Motivos de suspensión de intervenciones

Los resultados del acumulado anual del total de procesos intervenidos y de mayor a menor suspendidos figuran en la siguiente tabla.

	MOTIVOS DE SUSPENSIÓN (Nº de Casos)			
	AÑOS			
	2002	2003	2004	TOTAL
INCOMPARECENCIA DEL PACIENTE	238	786	744	1768
OTRAS CAUSAS	134	119	230	483
FALTA DE PREPARACIÓN ENFERMO	176	93	163	432
AVERÍA LOCAL E INSTRUMENTAL	72	178	60	310
EMPEORAMIENTO DEL PACIENTE	19	110	37	166
PROBLEMA RESUELTO ANTES DE LA CIRUGÍA	19	63	69	151
AUSENCIA DE CIRUJANO	6	58	15	79
MOTIVOS LABORALES	33	8	6	47
CAMBIO PROGRAMA QUIRURGICO	1	5	18	24
FALTA DE OTRO MATERIAL	6	7	9	22
ALARGAMIENTO IQ ANTERIOR	8	3	10	21
CAMBIO DE PACIENTE	4	11	5	20
ANESTESIA FALLIDA	5	5	8	18
FALTA ANESTESISTA	1	5	9	15
RETRASO IQ ANTERIOR	2	5	5	12
AUSENCIA DE HISTORIA CLINICA	0	6	2	8
FALTA AYUDANTE	2	3	0	5
AUSENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO	2	1	1	4
AUSENCIA DE ENFERMERA	0	1	0	1
TOTAL	728	1467	1391	3586



### 5.1.3.6. Cirugía Ambulante

#### 5.1.3.6.1. Total de intervenciones

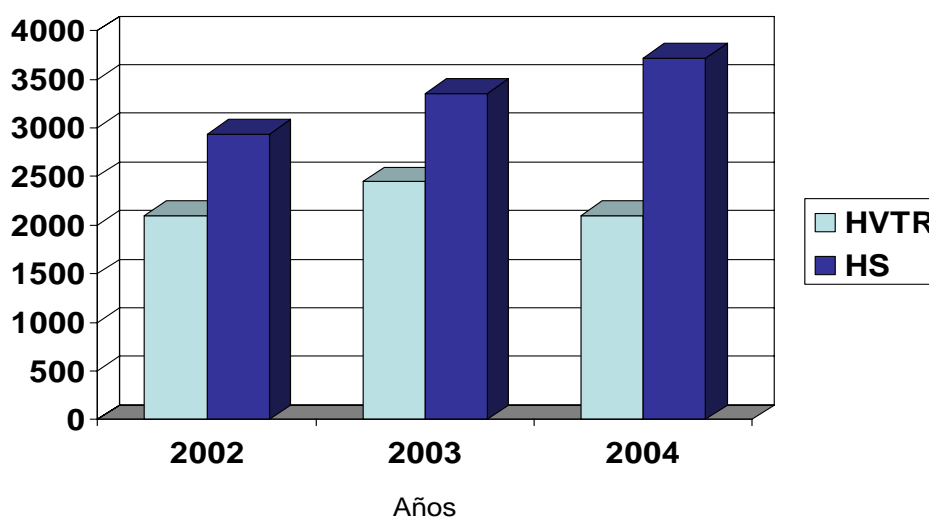
Diferenciamos entre la actividad ambulatoria del Hospital Virgen de la Torre (HVTR) y la del Centro de Especialidades periférico de Hermanos Sangro (HS). El total de actividad acumulado en los tres años para cada uno de ellos es de 6640 procesos para el HVTR y de 10.012 para HS. Sólo el Centro de Especialidades de HS, incrementa sus intervenciones en los tres años.

#### ACTIVIDAD QUIRÚRGICA AMBULANTE

AÑO	AÑOS			ACUMULADO
	2002	2003	2004	
HVTR	2.097	2.446	2.097	6.640
HS	2.933	3.358	3.721	10.012

#### TOTAL DE INTERVENCIONES AMBULANTES

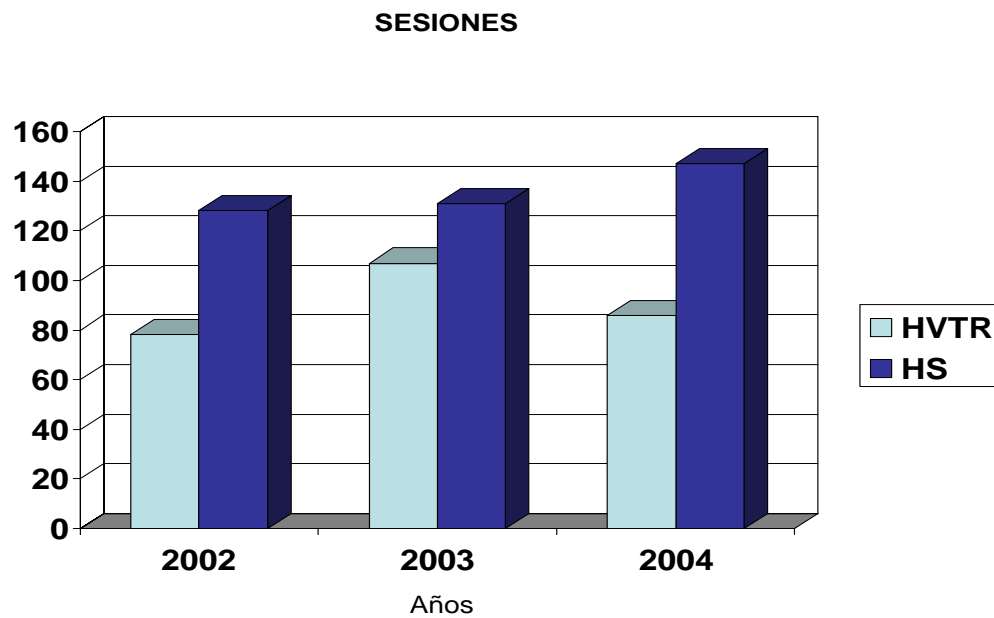
Nº de Intervenciones



#### 5.1.3.6.2. Sesiones anuales

El aumento de sesiones es progresivo en los tres años y en los dos Centros, excepto en el año 2004 en el que el número disminuye de 107 a 86 sesiones en el Hospital Virgen de la Torre.

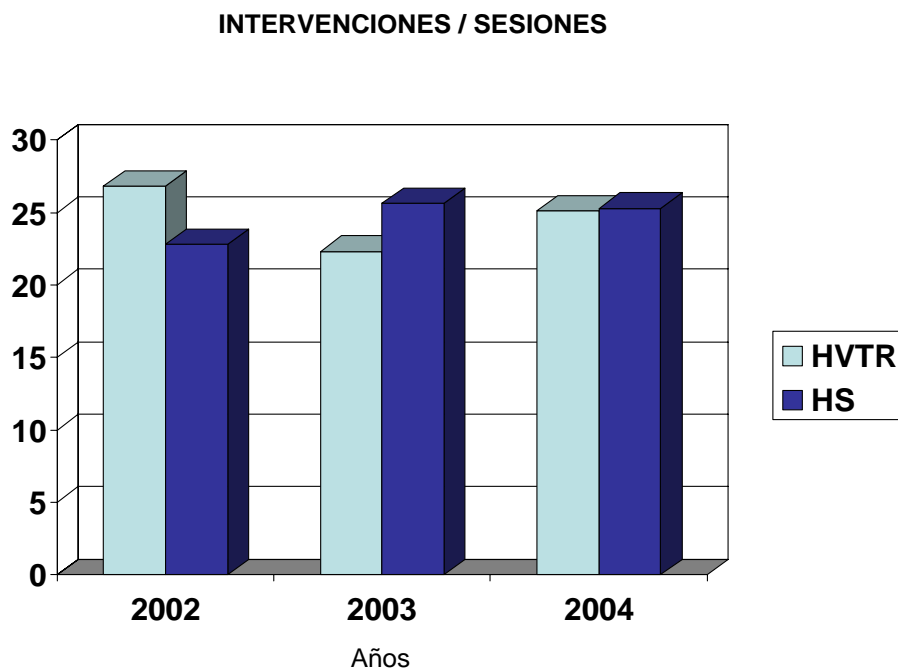
SESIONES				
AÑOS				
AÑO	2002	2003	2004	ACUMULADO
HVTR	78	107	86	271
HS	128	131	147	406



#### 5.1.3.6.3. Intervenciones por sesión

El número de intervenciones por sesión y día en las dos jornadas quirúrgicas en los turnos de mañana y tarde es grande y relativamente constante por Centro y Año, y varían desde las 22,8 intervenciones hasta un máximo de 26,8 intervenciones quirúrgicas al día.

INTERVENCIONES / SESIONES				
AÑOS				
AÑO	2002	2003	2004	MEDIA
HVTR	26,8	22,9	25,1	24,9
HS	22,8	25,6	25,3	24,6



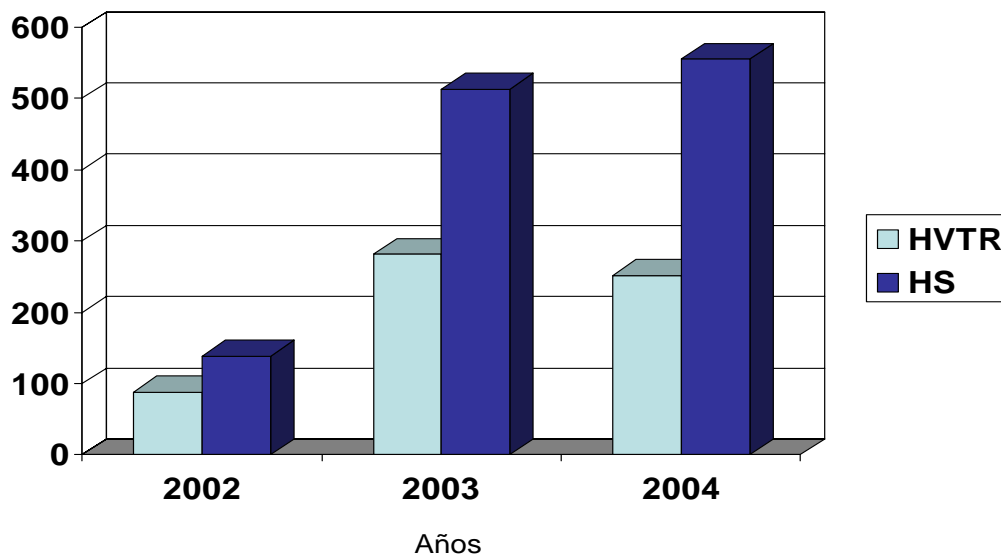
#### 5.1.3.6.4. Número de suspensiones

Las suspensiones se han incrementado en los dos Centros entre los años 2002 y 2003, sólo en el Hospital durante el año 2004 se produce una disminución de 30 procesos.

#### SUSPENSIONES

AÑOS				
AÑO	2002	2003	2004	ACUMULADO
HVTR	88	282	252	622
HS	139	513	555	1.207

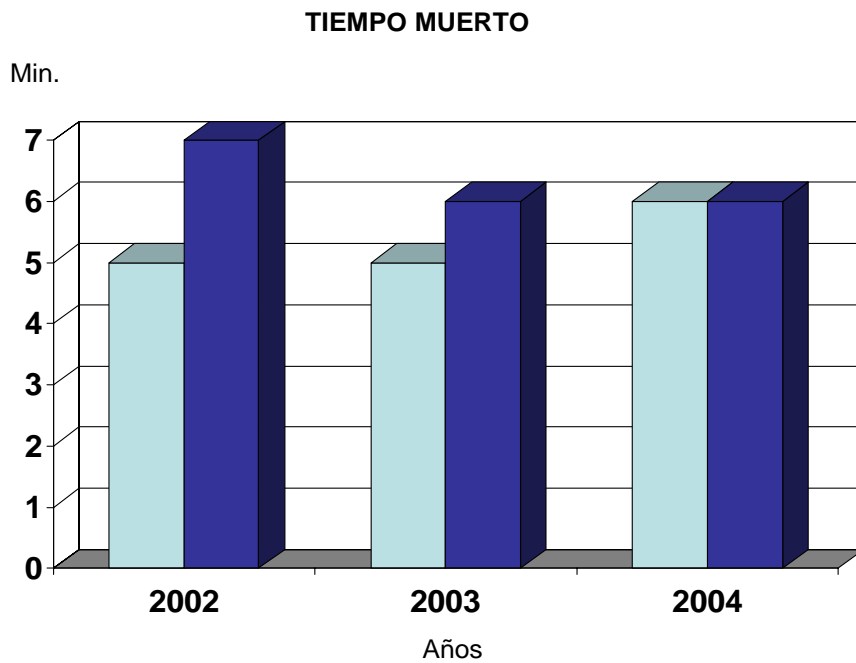
#### SUSPENSIONES



#### 5.1.3.6.5. Tiempo muerto entre intervenciones

En las intervenciones ambulantes es de 5,3 minutos de media para el HVTR en el acumulado anual de los tres años, frente a los 6,3 minutos en el Centro de HS.

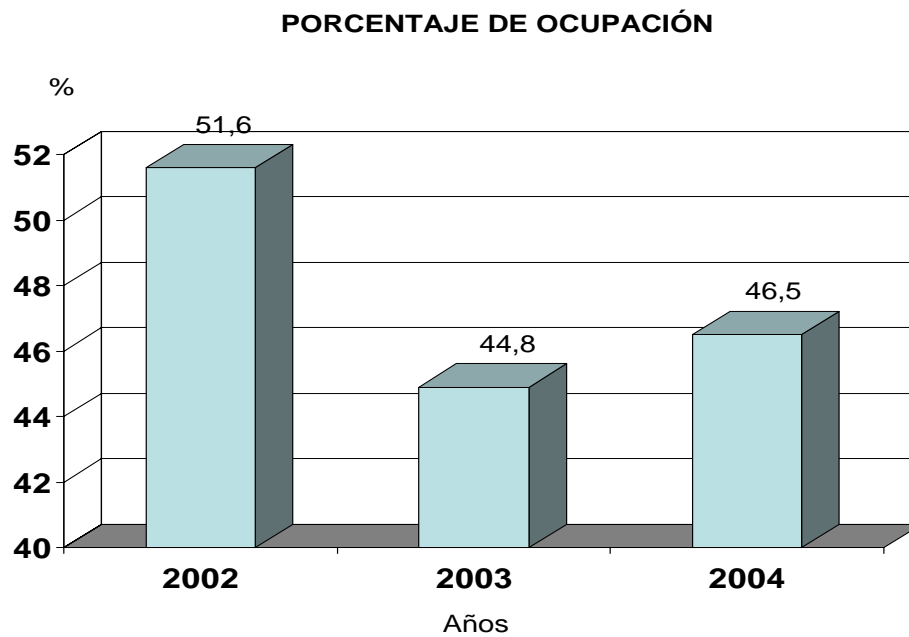
TIEMPO MUERTO (MINUTOS)				
AÑOS				
AÑO	2002	2003	2004	MEDIA
HVTR	5	5	6	5,3
HS	7	6	6	6,3



#### 5.1.3.6.6. Porcentaje de ocupación

Es del 43,1% de promedio en los dos centros durante los años 2003 y 2004.

PORCENTAJE DE OCUPACION				
AÑOS				
AÑO	2002	2003	2004	MEDIA
HVTR	46,9	46,8	40,6	43,6
HS	46,2	45,1	39,9	43,7





#### 5.1.3.6.7. Motivos de suspensión de la actividad quirúrgica ambulante

Estos motivos se expresan en relación con el número total de procesos anuales acumulados en los tres años:

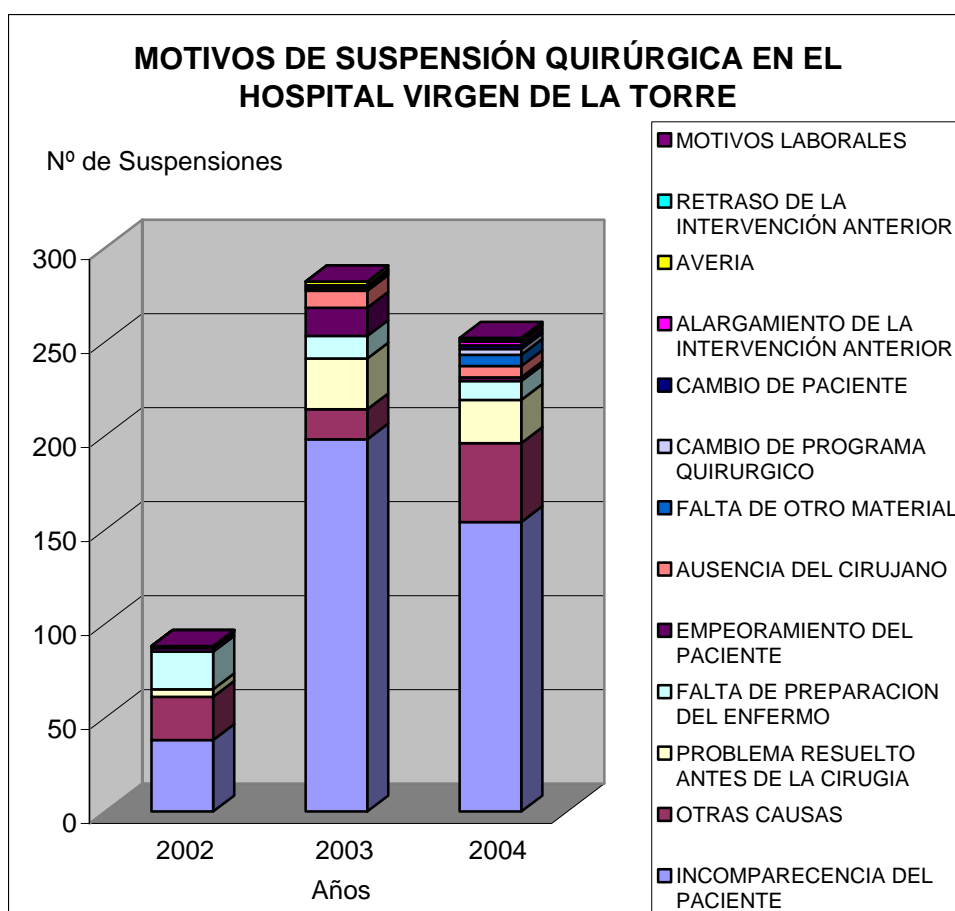
##### 5.1.3.6.7.1. Para el Hospital Virgen de la Torre

La distribución de frecuencias de los motivos de suspensión de la actividad quirúrgica ambulante aparece en la siguiente tabla:

#### MOTIVOS DE SUSPENSIÓN

##### HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE

	AÑOS			TOTAL
	2002	2003	2004	
INCONPARECENCIA DEL. PACIENTE	38	198	154	390
OTRAS CAUSAS	23	16	42	81
PROBLEMA RESUELTO ANTES DE LA CIRUGIA	4	27	23	54
FALTA DE PREPARACION DEL ENFERMO	20	12	10	42
EMPEORAMIENTO DEL PACIENTE	2	15	2	19
AUSENCIA DEL CIRUJANO	0	9	6	15
FALTA DE OTRO MATERIAL	0	1	6	7
CAMBIO DE PROGRAMA QUIRÚRGICO	1	1	3	5
CAMBIO DE PACIENTE	0	1	2	3
ALARGAMIENTO DE LA INTERVENCION ANTERIOR	0	0	2	2
AVERÍA	0	2	0	2
RETRASO DE LA INTERVENCION ANTERIOR	0	0	1	1
MOTIVOS LABORALES	0	0	1	1
TOTAL	88	282	252	622



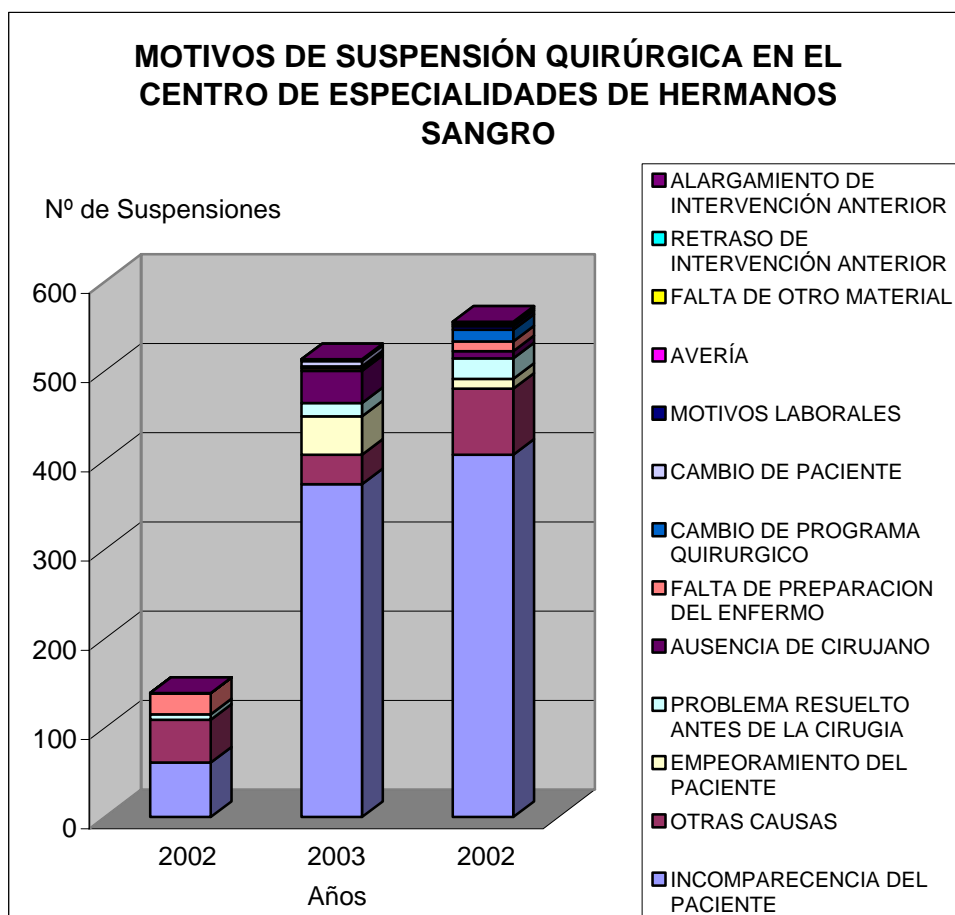
#### 5.1.3.6.7.2. Para el Centro de Especialidades de Hermanos Sangro

La distribución de frecuencias de los motivos de suspensión de la actividad quirúrgica ambulatoria aparece en la siguiente tabla:

#### MOTIVOS DE SUSPENSIÓN

#### CENTRO DE ESPECIALIDADES DE HERMANOS SANGRO

	AÑOS			
	2002	2003	2004	TOTAL
INCOMPARECENCIA DEL PACIENTE	61	373	406	840
OTRAS CAUSAS	48	33	74	155
EMPEORAMIENTO DEL PACIENTE	0	43	11	54
PROBLEMA RESUELTO ANTES DE LA CIRUGIA	6	15	23	44
AUSENCIA DE CIRUJANO	0	36	8	44
FALTA DE PREPARACION DEL ENFERMO	24	3	11	38
CAMBIO DE PROGRAMA QUIRURGICO	0	2	13	15
CAMBIO DE PACIENTE	0	6	0	6
MOTIVOS LABORALES	0	0	4	4
AVERÍA	0	1	2	3
FALTA DE OTRO MATERIAL	0	1	2	3
RETRASO DE INTERVENCION ANTERIOR	0	0	1	1
ALARGAMIENTO DE INTERVENCION ANTERIOR	0	0	0	0
TOTAL	139	513	555	1207



### 5.1.3.7. Relación entre turnos

#### 5.1.3.7.1. Hospital Virgen de la Torre

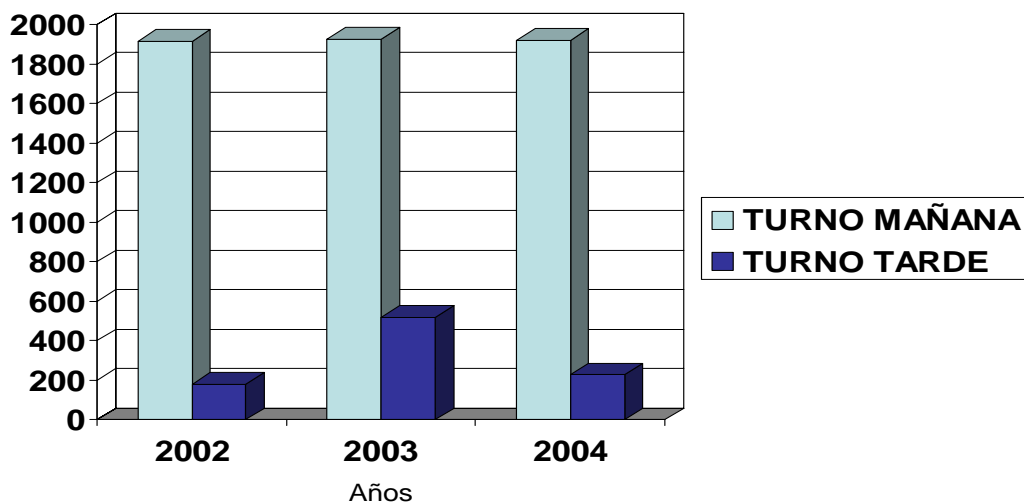
En la relación entre los turnos de cirugía ambulatoria, de mañana y tarde, en el HVTR los pacientes intervenidos en el turno de mañana presentan escasa variación en los tres años, situándose en una media de 1921 pacientes por año (el mismo valor que el número de intervenciones del año 2004). Sin embargo, la variación del número de sesiones al año en el turno de tarde, pasa de las 8 sesiones en el año 2002 a las 25 en el año 2003, para disminuir a 9 en el año 2004.

#### HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE

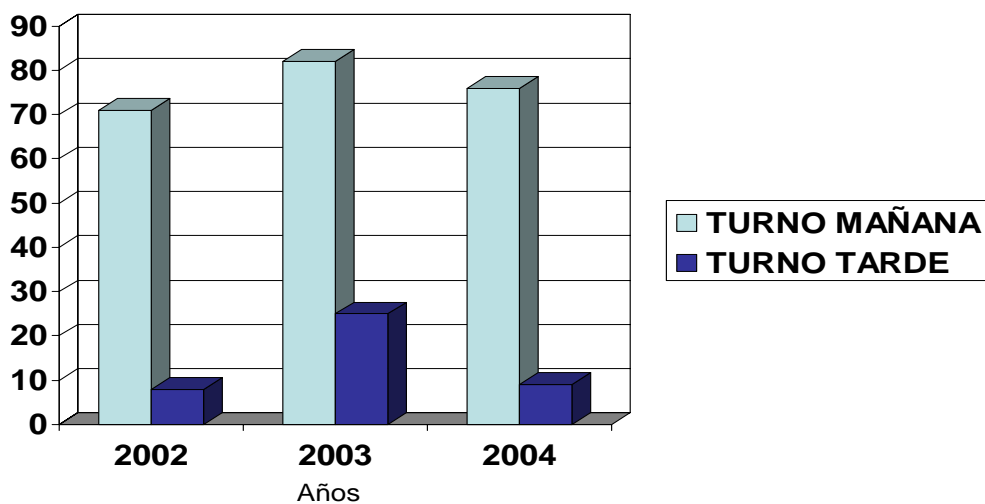
	AÑOS		
	2002	2003	2004
Nº INTERVENCIONES TURNO MAÑANA	1.917	1.925	1.921
“ TURNO TARDE	180	521	228
Nº SESIONES TURNO MAÑANA	71	82	76
TURNO TARDE	8	25	9

### INTERVENCIONES / TURNO

Nº de Intervenciones



### SESIONES / TURNO



#### 5.1.3.7.2. Centro de Especialidades de Hermanos Sangro

El número de intervenciones del turno de mañana se mantiene constante en los tres años, con una media de 2063, sin embargo en el turno de tarde el incremento anual es progresivo, 779, 1.349 y 1.715 durante los tres años.

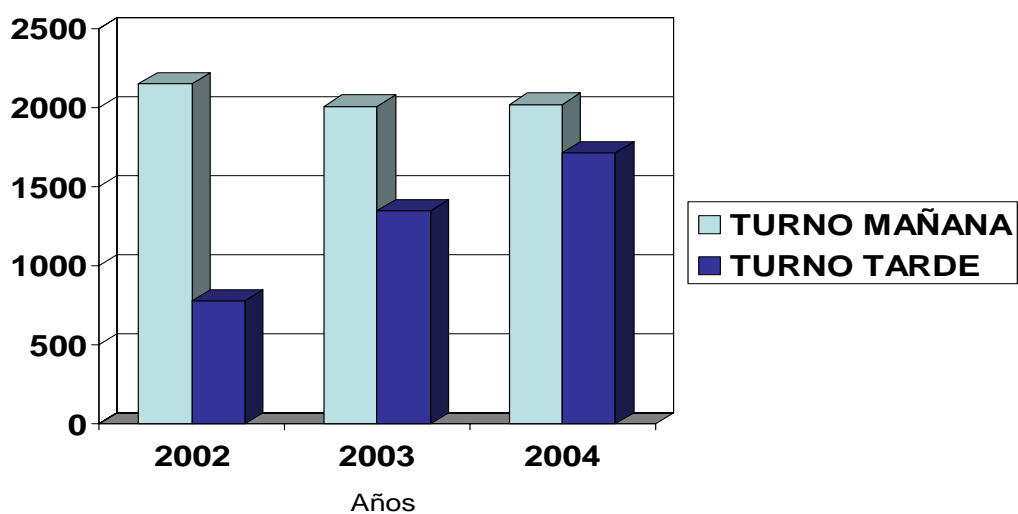
El número de sesiones para el turno de mañana en el año 2004 es de 9 más que en 2003; pero en el turno de tarde el incremento anual es de 23 más en el primer intervalo y 8 en el segundo.

**CENTRO DE ESPECIALIDADES DE HERMANOS SANGRO**

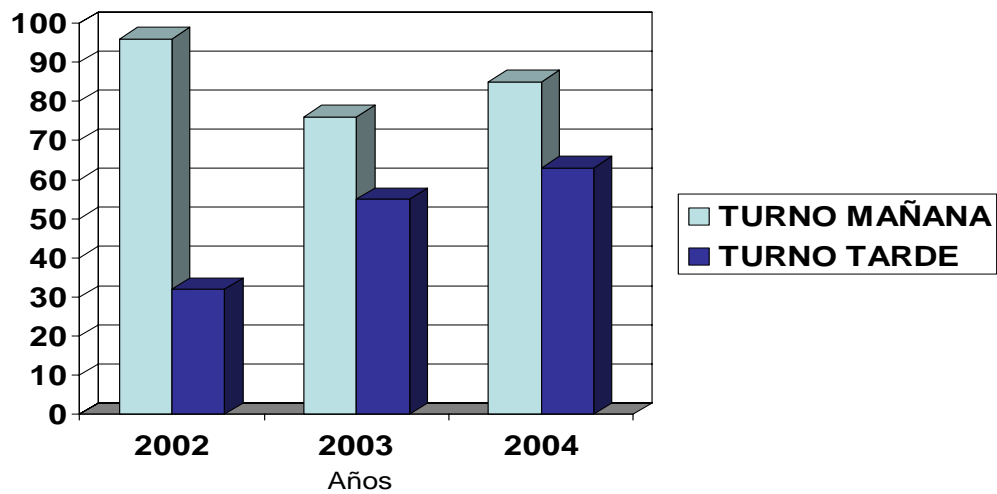
	AÑOS		
	2002	2003	2004
<b>Nº INTERVENCIONES TURNO DE MAÑANA</b>	2.154	2.009	2.024
<b>“ TURNO DE TARDE</b>	779	1.349	1.715
<b>Nº SESIONES TURNO DE MAÑANA</b>	96	76	85
<b>“ TURNO DE TARDE</b>	32	55	63

**INTERVENCIONES / TURNO**

Nº de Intervenciones



#### SESIONES /TURNO



#### 5.1.4. Complejidad diagnóstica

En el año 2002, el peso medio de las altas totales de la hospitalización era de 1,11; en el 2003 de 1,19 y en el 2004 de 1,23. Esto representa un crecimiento porcentual anual de 6,7% en el año 2003 y 3,3% en el año 2004.

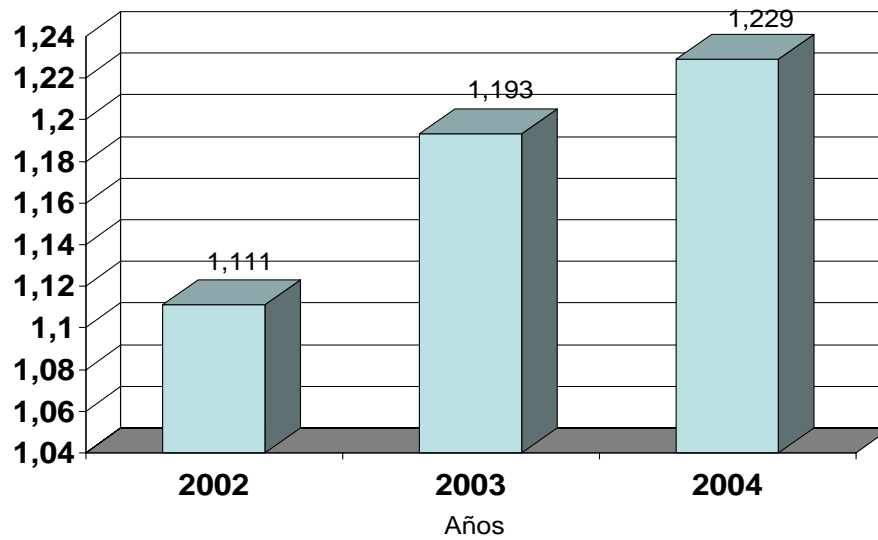
En el peso medio total ambulatorio, el crecimiento sólo se produce en el año 2003, con un 0,2%, para disminuir en el año 2004 un 2,4%. El balance final de los tres años de estudio medido en Unidades de Complejidad (UCH), es progresivamente mayor cada año.

#### COMPLEJIDAD DIAGNOSTICA

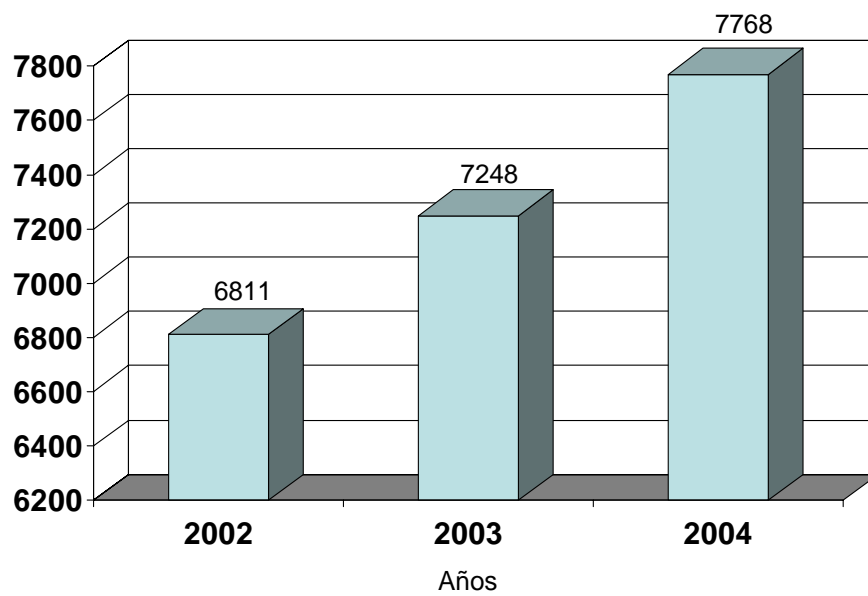
##### ACTIVIDAD HOSPITALIZACION

	AÑOS		
	2002	2003	2004
PESO MEDIO ALTAS TOTALES HOSPITALIZACIÓN	1,111	1,193	1,229
UCH HOSPITALIZACIÓN	6811	7248	7768
PESO MEDIO ALTAS TOTALES AMBULATORIAS	0,832	0,834	0,813
UCH AMBULATORIO	3502	4205	4536

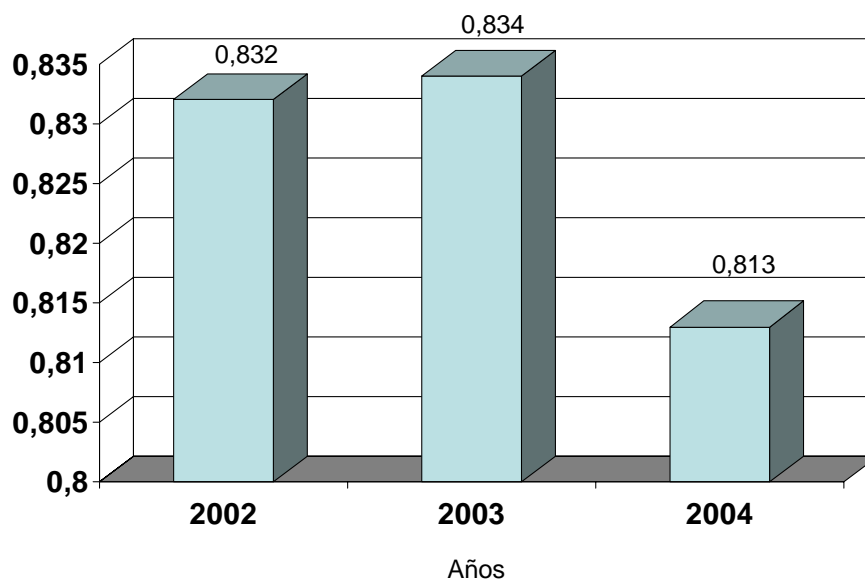
### PESO MEDIO ALTAS TOTALES DE HOSPITALIZACION



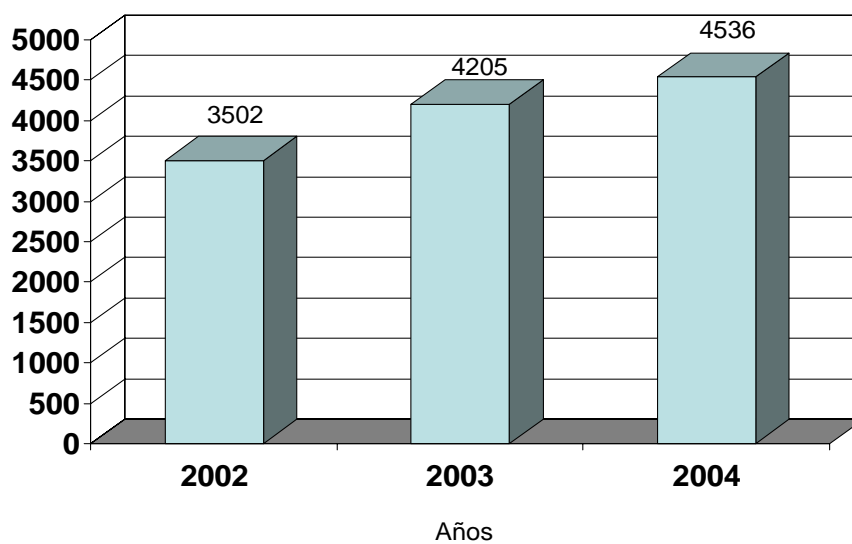
### UNIDADES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA



### PESO MEDIO TOTAL AMBULATORIO



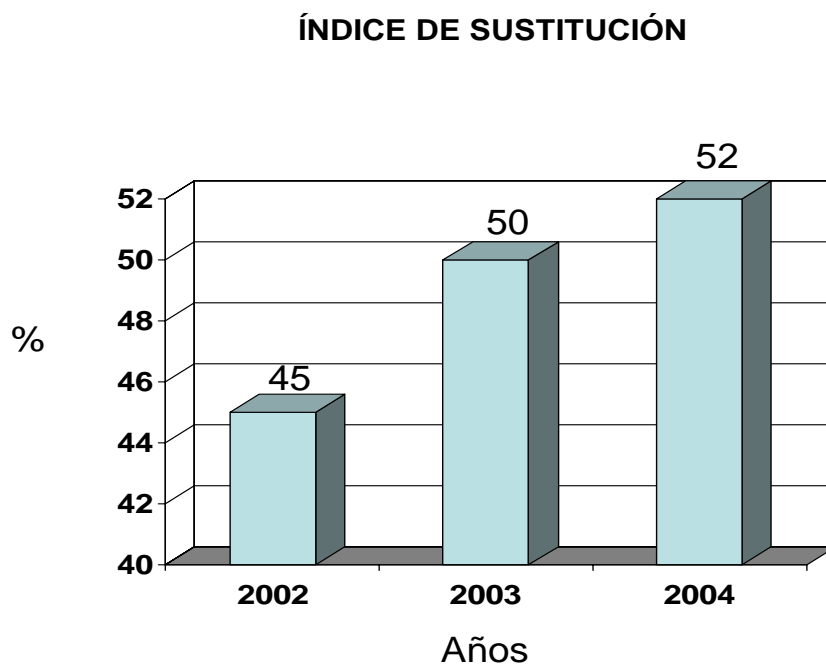
### UNIDADES DE COMPLEJIDAD AMBULATORIAS





### 5.1.5. Índice de sustitución

En nuestro hospital los resultados globales en porcentaje anual aparecen representados en la siguiente gráfica, entre ellos están recogidos todos los procedimientos que han sido sustituidos y son los siguientes:

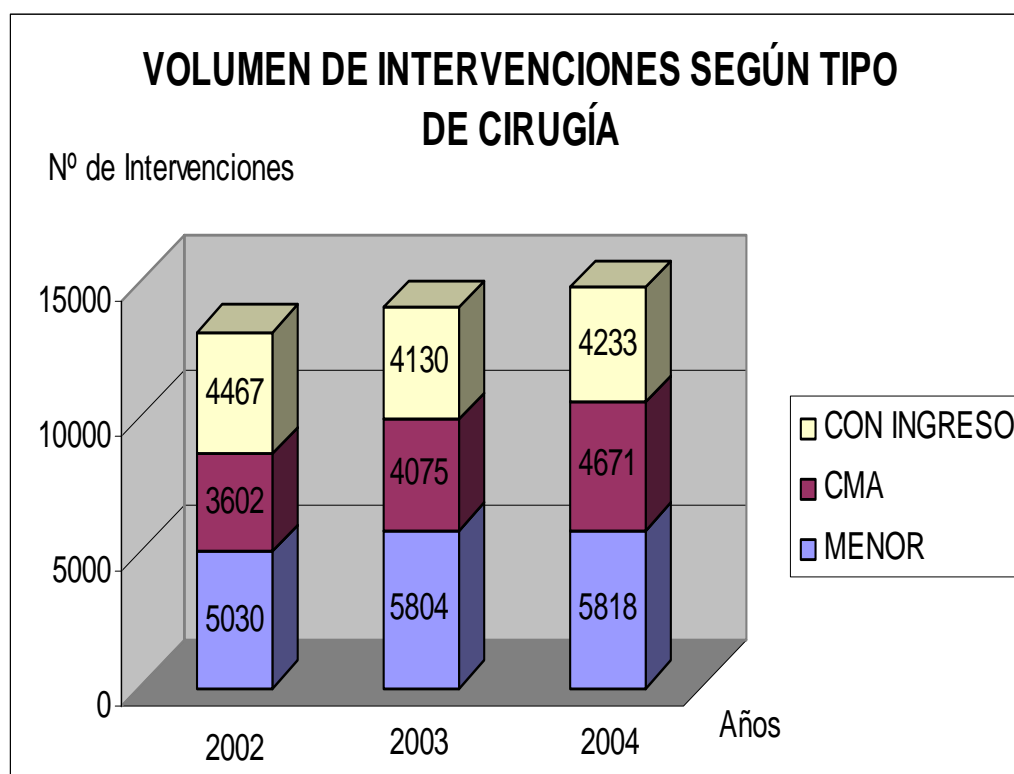


Como se puede observar en el gráfico anterior, los resultados nos indican que mientras que en el primer intervalo anual entre los años 2002 y 2003 el incremento de sustitución es del 5%, en el segundo periodo, el comprendido entre los años 2003 y 2004 el incremento es del 2%.

Para ajustarnos a la definición del indicador, en la relación porcentual entre número de intervenciones de CMA respecto del número de intervenciones totales, excluimos a los pacientes intervenidos por cirugía menor ambulatoria.

### 5.1.6. Volumen de Intervenciones según el tipo de cirugía

En el cuadro siguiente podemos observar el volumen de intervenciones que se han realizado durante los tres años de estudio. Se aprecia el escaso aumento de intervenciones de Cirugía Menor, tan sólo de 14 en relación al año 2003; un crecimiento mayor en el capítulo de la Cirugía Mayor Ambulatoria, de 596 intervenciones más que el año 2003 y un moderado incremento en las operaciones de cirugía con ingreso (CCI), con un total de 103 más que el año anterior.



### 5.2. Complicaciones locales. Reingresos

En la base de datos de los años 2003 al 2004, el fichero correspondiente a las especialidades quirúrgicas y cuyos diagnósticos principales elegidos son los susceptibles de aparecer en una complicación o en un reingreso, son los siguientes: Hemorragia, Hematoma, Seroma, Infección y Luxación de lente.

Aunque la selección de casos ha ido siendo superior en cada año estudiado, 14890 (2002), 16078 (2003) y 17038 (2004), los registros de estas complicaciones se han reducido desde los 20 casos en el año 2002, los 11 en el 2003 hasta los 7 casos del año

2004.

Le mejora del año 2004 se debe a que sólo aparece una complicación en luxación de lente en el año 2004. La del 2003 se produce porque no existe ninguna infección registrada durante todo el año en la base informática.

Sin embargo, no detectar incrementos dentro de nuestra parcela de actuación nos indica favorablemente que los incrementos de actividad no se acompañan de aumentos de complicaciones prealta.

#### COMPLICACIONES. REINGRESOS

CRITERIOS DE SELECCIÓN			
FICHERO: ENERO DICIEMBRE 2002, 2003 ,2004			
DIAGNOSTICO PRINCIPAL:	Hemorragia	998.11	
	Hematoma	998.12	
	Seromas	998.13	
	"	998.51	
	Infección	998.59	
	Luxación de Lente	V53.09	
Servicio de Alta:	CGD		
	CPL		
	DER		
	GIN		
	OFT		
	TRA		
	URO		
Selección de casos	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
	14.890	16.078	17.038

DIAGNOSTICO			
	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Hemorragia	1	1	1
Hematoma	0	0	0
Serosas	1	0	2
Infección	5	0	3
Luxación de Lente	13	10	1
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>7</b>

### 5.3. Reclamaciones

Las reclamaciones se gestionan a través del Servicio de Atención al Paciente y nos dan un fiel reflejo de la evolución de la satisfacción y problemas ocasionados a los pacientes y usuarios del sistema sanitario.

Las analizamos desde tres enfoques: el servicio al que se dirigen, el motivo de la reclamación y el tipo de cirugía que se ha utilizado.

Según el servicio, es la especialidad de Cirugía General la que mayor número de reclamaciones soporta, con 11 en total durante los tres años, repartiéndose este número

con 4 los años 2002 y 2003 y 3 en el año 2004. En el computo global de los tres años de estudio, en 2002 reclaman 7 pacientes, en 2003 el mayor número 15 y en el año 2004 descienden a 5.

Según el motivo, el orden de las reclamaciones es por resultado inadecuado o no deseado, 14 casos; suspensión de la cirugía, 12 casos y tiempo de espera superior al esperado, 1 caso. Es de destacar que en el año 2004 el motivo de reclamación por resultado (2 casos) es el segundo en importancia, superado por el motivo de suspensión (3 casos).

Según el tipo de cirugía, el número de reclamaciones de mayor a menor es para Cirugía Mayor Ambulatoria, 15; para Cirugía con Ingreso, 7 y para Cirugía Menor, 4.

Hay que señalar que el mayor número de reclamaciones por CMA se produce en el año 2003, con un total de 9; disminuyendo en el año 2004 a 4 reclamaciones.

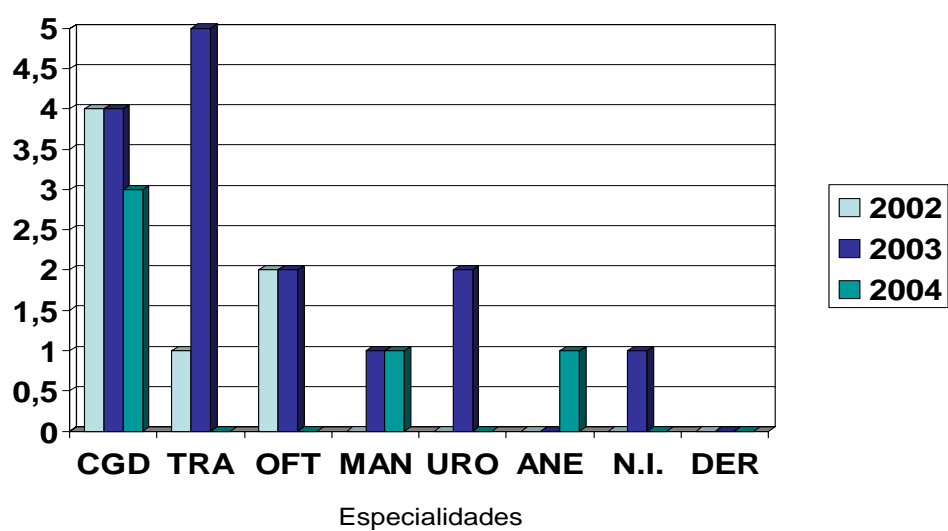
#### RECLAMACIONES

	Años			
	2002	2003	2004	
SERVICIO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	TOTAL
CIRUGÍA GENERAL	4	4	3	11
TRAUMATOLOGÍA	1	5	0	6
OFTALMOLOGÍA	2	2	0	4
CIRUGÍA DE LA MANO	0	1	1	2
UROLOGÍA	0	2	0	2
ANESTESIA	0	0	1	1
NO IDENTIFICADO	0	1	0	1
DERMATOLOGÍA	0	0	0	0
TOTAL	7	15	5	27

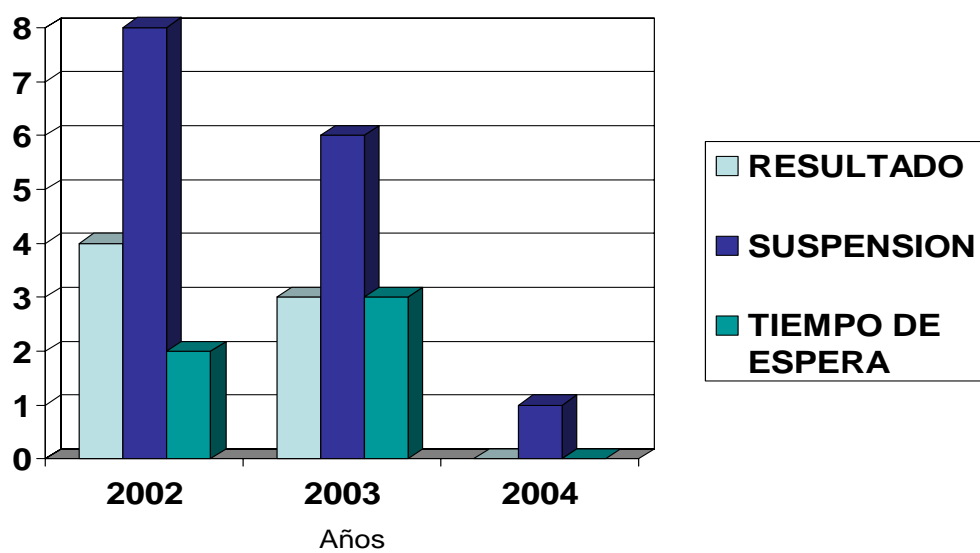
MOTIVO				
RESULTADO	4	8	2	14
SUSPENSIÓN	3	6	3	12
TIEMPO DE ESPERA	0	1	0	1
TOTAL	7	15	5	27

TIPO DE CIRUGÍA				
CMA	2	9	4	15
CON INGRESO	4	2	1	7
MENOR	1	3	0	4
NO IDENTIFICADO	0	1	0	1
TOTAL	7	15	5	27

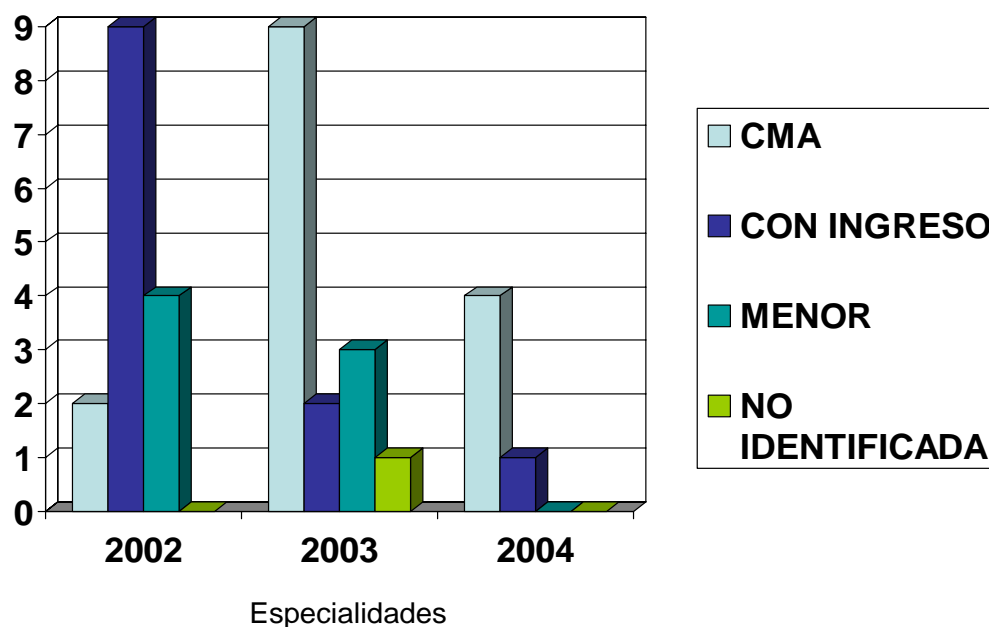
### RECLAMACIONES POR SERVICIO



### RECLAMACIONES POR MOTIVO



## RECLAMACIONES SEGÚN TIPO DE CIRUGIA



### 5.4. Encuestas de opinión

Al igual que las reclamaciones, estas encuestas se gestionan desde el Servicio de Atención al Paciente, quien envía por correo personalizado una encuesta estandarizada, SERVQHOS (encuesta de opinión sobre la calidad de la atención hospitalaria), implantada en todos los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

El envío se realiza de forma sistematizada todos los años, escogiendo de forma aleatoria la primera quincena de los meses de mayo y octubre.

#### 5.4.1. Resultados globales

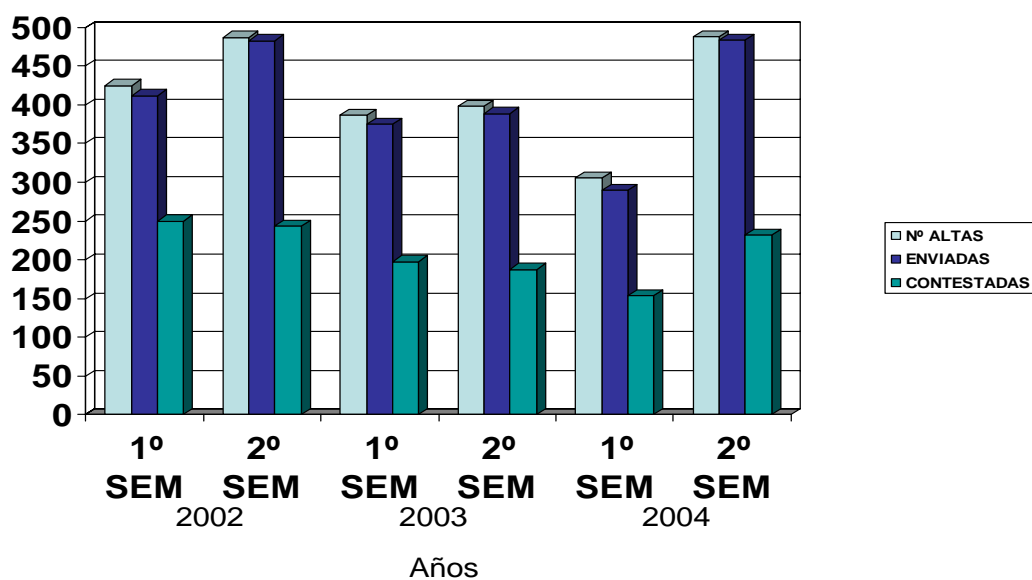
El número total de encuestas enviadas en los tres años es 2.433, de las cuales contestaron 1.266, que supone el 50,5% del total.

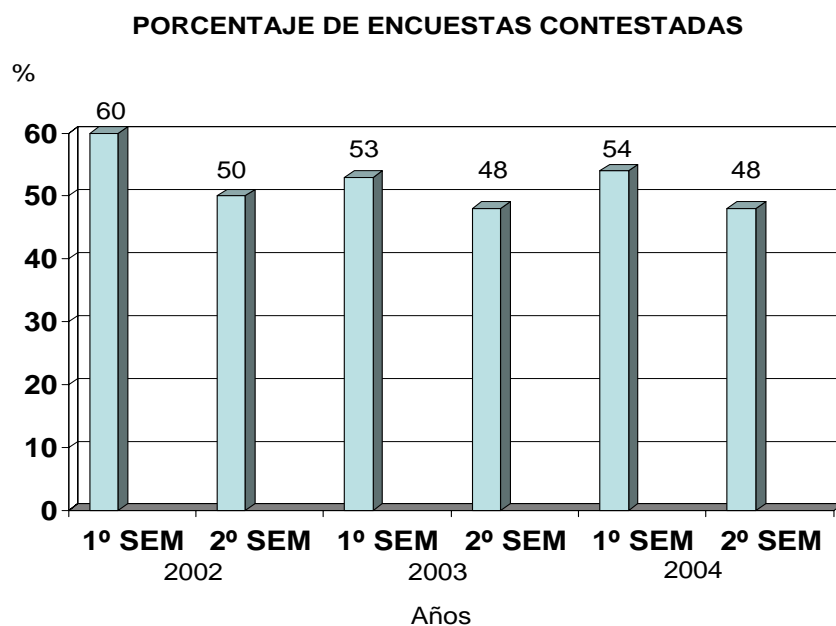
# ENCUESTAS ENVIADAS ENTRE LOS AÑOS 2002 Y 2004

	Nº DE ALTAS EN DOS SEMANAS	ENCUESTAS ENVIADAS	ENCUESTAS CONTESTADAS	ENCUESTAS SIN RESPUESTAS	PACIENTES / ENCUESTAS ENVIADAS	ENCUESTAS ENVIADAS/ CONTESTADAS
2002 1º SEMESTRE	425	412	250	175	97	60
2002 2º SEMESTRE	487	483	244	239	99	50
2003 1º SEMESTRE	387	375	198	177	97	53
2003 2º SEMESTRE	398	389	188	201	97	48
2004 1º SEMESTRE	306	290	154	140	95	54
2004 2º SEMESTRE	488	484	232	252	99	48
TOTAL	2491	2433	1266	1184	97	52

## ENCUESTAS DE OPINION

Nº de Encuestas





#### 5.4.2. Resultados de la encuesta según respuestas a las preguntas

Hemos seleccionado las que aportaban valor a nuestro estudio y han sido las siguientes:

##### 5.4.2.1. Pregunta relacionada con la información médica que reciben los pacientes

Respuestas:

En las contestaciones se aprecia la buena valoración que guardan los pacientes sobre este punto, porque la escala 5 mucho mejor, es netamente favorable respecto de las otras escalas de contestación en los tres años de estudio. Permaneciendo similares las contestaciones en el resto de escalas.

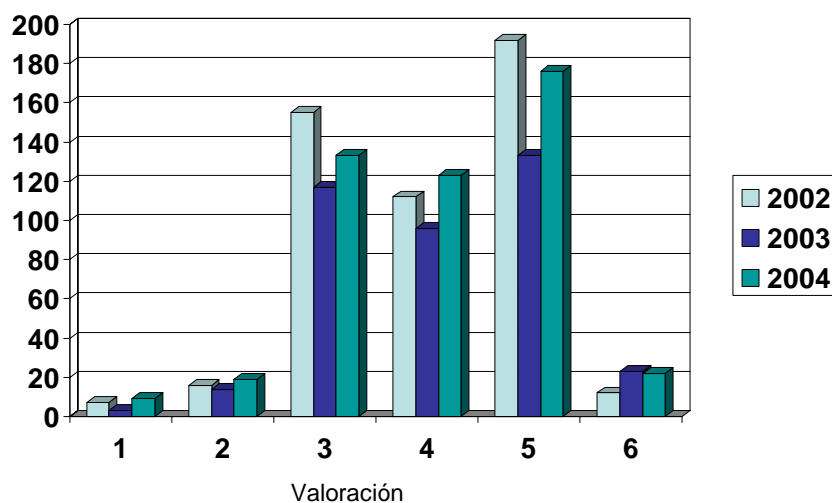
##### INFORMACIÓN MEDICA

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	7	3	9
2.- PEOR	16	14	19
3.- COMO ESPERABA	155	117	133
4.- MEJOR	112	96	123
5.- MUCHO MEJOR	192	133	176
6.- NO CONTESTAN	12	23	22
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>482</b>



### INFORMACION MEDICA

Nº de Respuestas



Leyenda:

- 1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.2. Pregunta relacionada con el tiempo de espera para ser atendido por un médico.

Respuestas:

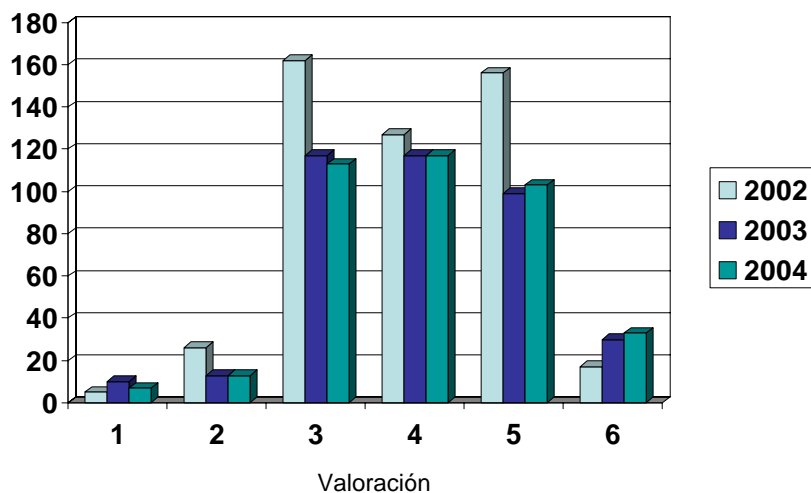
El número de pacientes que responden a la pregunta es el mismo en los años 2003 y 2004, siendo la diferencia en las contestaciones ligeramente más favorable en el año 2004. Contestaron en la escala 1 de mucho peor 7, (10 en 2003), en la escala 2 de cómo esperaba 113, (117 en 2003) y en la escala 5 de mucho mejor 103, (99 en 2003). En las escalas 2, peor y 4 mejor, empatan los dos años en el número de respuestas, 13 y 117 respectivamente.

#### TIEMPO DE ESPERA

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	5	10	7
2.- PEOR	26	13	13
3.- COMO ESPERABA	162	117	113
4.- MEJOR	127	117	117
5.- MUCHO MEJOR	156	99	103
6.- NO CONTESTAN	17	30	33
TOTAL	493	386	386

### TIEMPO DE ESPERA

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.3. Pregunta relacionada con la facilidad para llegar al hospital

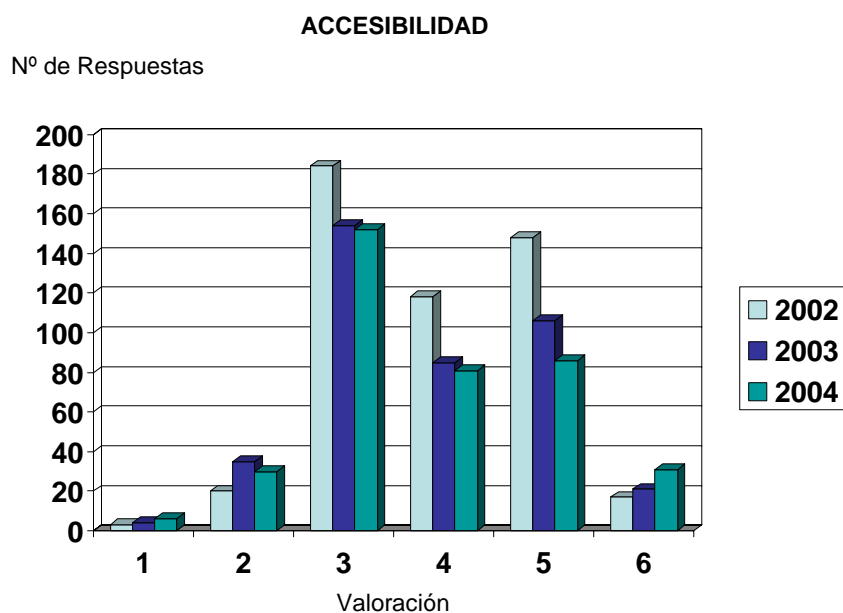
Respuestas:

Esta pregunta nos informa de la accesibilidad a los centros y la situación de los medios de transporte y vías de comunicación, muy importantes en las decisiones de indicación quirúrgica para la Cirugía Mayor Ambulatoria y la capacidad de reacción del paciente dado de alta en su domicilio en caso de complicaciones.

En las respuestas no se aprecian diferencias relevantes entre los tres años.

#### FACILIDAD PARA LLEGAR AL HOSPITAL

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	3	4	6
2.- PEOR	20	35	30
3.- COMO ESPERABA	184	154	152
4.- MEJOR	118	85	81
5.- MUCHO MEJOR	148	106	86
6.- NO CONTESTAN	17	21	31
TOTAL	490	405	386



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
 5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### **5.4.2.4. Pregunta relacionada con el interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes**

Respuestas:

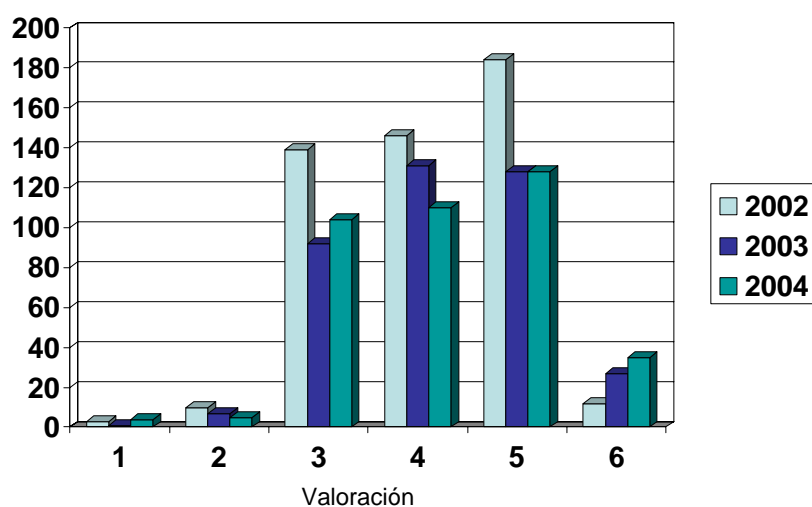
El resultado de todas las escalas de preguntas es similar en los dos últimos años, excepto en la 4 de mejor, más favorable al año 2003 con 131 respuestas, frente a las 110 del año 2004. Es de destacar que las respuestas de la escala 5 mucho mejor con 184 respuestas en el año 2002 es significativa con el resto de contestaciones de este año.

#### **INTERÉS DEL PERSONAL POR SOLUCIONAR PROBLEMAS DE LOS PACIENTES**

	Años		
	2002	2003	2004
1.- MUCHO PEOR	3	1	4
2.- PEOR	10	7	5
3.- COMO ESPERABA	139	92	104
4.- MEJOR	146	131	110
5.- MUCHO MEJOR	184	128	128
6.- NO CONTESTAN	12	27	35
TOTAL	494	386	386

### INTERES DEL PERSONAL

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.5. Pregunta de la puntualidad de las consultas médicas

Respuestas:

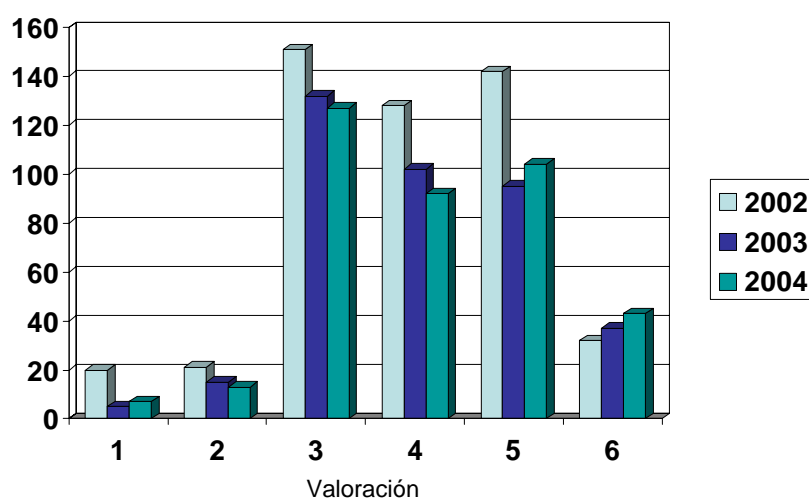
En las contestaciones se aprecia no homogeneidad en las escalas de los tres años pero compensadas con el conjunto de respuestas. No valoraremos en profundidad estas contestaciones por no aportar un valor relevante al estudio.

#### PUNTUALIDAD DE LAS CONSULTAS MEDICAS

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	20	5	7
2.- PEOR	21	15	13
3.- COMO ESPERABA	151	132	127
4.- MEJOR	128	102	92
5.- MUCHO MEJOR	142	95	104
6.- NO CONTESTAN	32	37	43
TOTAL	494	386	386

### PUNTUALIDAD

Nº de Respuestas



Leyenda:

- 1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.6. Pregunta de rapidez con que se consigue lo que se necesita

Respuestas:

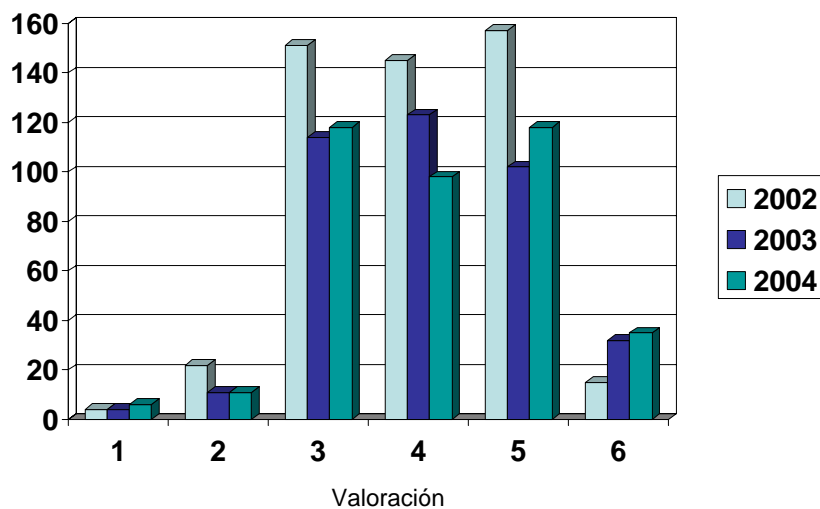
Las contestaciones son muy homogéneas en los tres años entre el mismo año y los años de estudio. Se observa que en los años 2003 y 2004 las escalas 4 de mejor y la 5 de mucho mejor se intercambian el valor, de manera que en la escala 4, en el año 2003 responden 123 y en el año 2004 lo hacen 98. En la escala 5, en el año 2003 responden 102 y en el año 2004 son 118 las respuestas.

#### RAPIDEZ CON QUE SE CONSIGUE LO QUE SE NECESITA

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	4	4	6
2.- PEOR	22	11	11
3.- COMO ESPERABA	151	114	118
4.- MEJOR	145	123	98
5.- MUCHO MEJOR	157	102	118
6.- NO CONTESTAN	15	32	35
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>

### RAPIDEZ

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.7. Pregunta de disposición del personal para ayudar cuando se necesita

Respuestas:

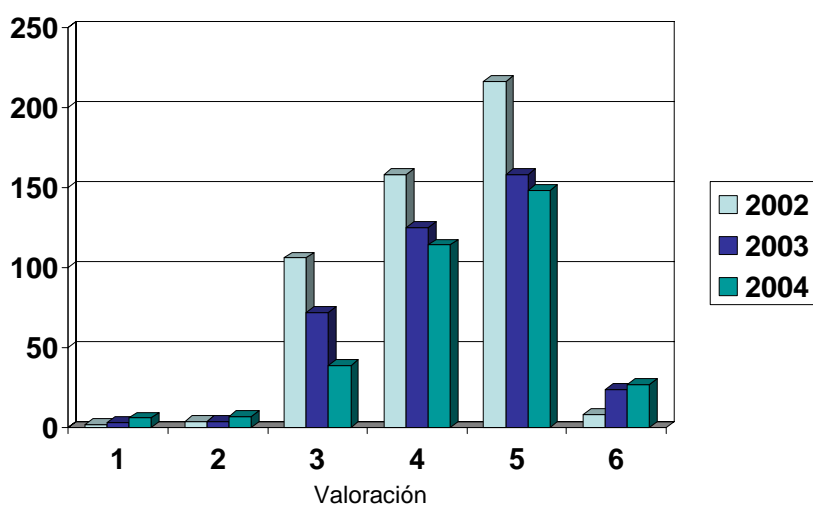
En estas contestaciones se mantiene la regularidad en los tres años, siendo la escala 5 de mucho mejor la más valorada.

#### LA DISPOSICIÓN DEL PERSONAL PARA AYUDARTE CUANDO LO NECESITAS

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	2	3	6
2.- PEOR	4	4	7
3.- COMO ESPERABA	106	72	39
4.- MEJOR	158	125	114
5.- MUCHO MEJOR	216	158	148
6.- NO CONTESTAN	8	24	27
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>341</b>

### DISPOSICION DEL PERSONAL

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

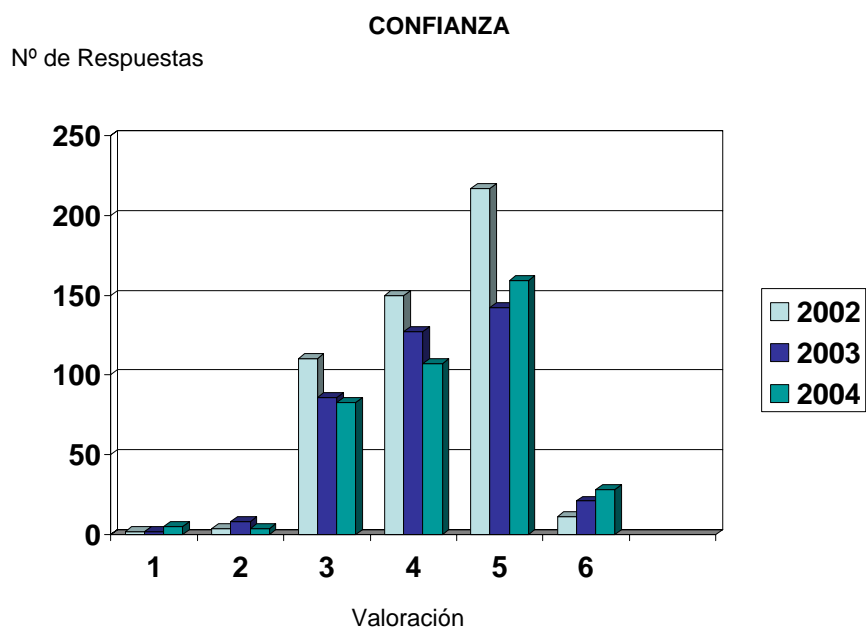
#### 5.4.2.8. Pregunta de confianza que el personal transmite a los pacientes

Respuestas:

Estas contestaciones guardan similitud con la número 6 de rapidez, porque la homogeneidad se rompe en las escalas 4 y 5 que intercambian de valor en los años 2003 y 2004. La escala 4, en 2003 se dan 127 respuestas y en 2004 responden 107. En la escala 5, en el año 2003 responden 142 y en el 2004 lo hacen 159. Es la escala 5 de mucho mejor la más valorada.

#### LA CONFIANZA QUE EL PERSONAL TRANSMITE A LOS PACIENTES

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	2	2	5
2.- PEOR	4	8	4
3.- COMO ESPERABA	110	86	83
4.- MEJOR	150	127	107
5.- MUCHO MEJOR	217	142	159
6.- NO CONTESTAN	11	21	28
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.9. Pregunta de amabilidad del personal en su trato con la gente

Respuestas:

Las contestaciones guardan paralelismo en los tres años, siendo la más valorada la escala 5 de mucho mejor

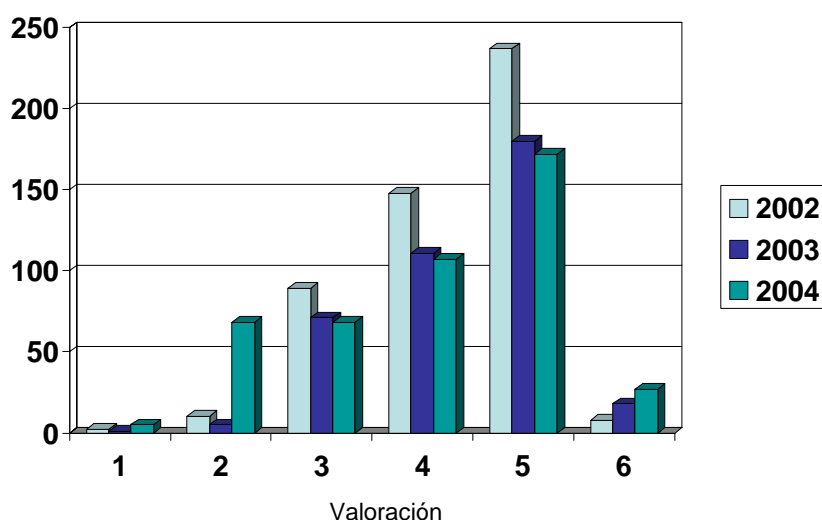
#### LA AMABILIDAD DEL PERSONAL EN SU TRATO CON LA GENTE

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	2	1	5
2.- PEOR	10	5	7
3.- COMO ESPERABA	89	71	68
4.- MEJOR	148	111	107
5.- MUCHO MEJOR	237	180	172
6.- NO CONTESTAN	8	18	27
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>



### AMABILIDAD

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.10. Pregunta de preparación del personal para realizar su trabajo

Respuestas:

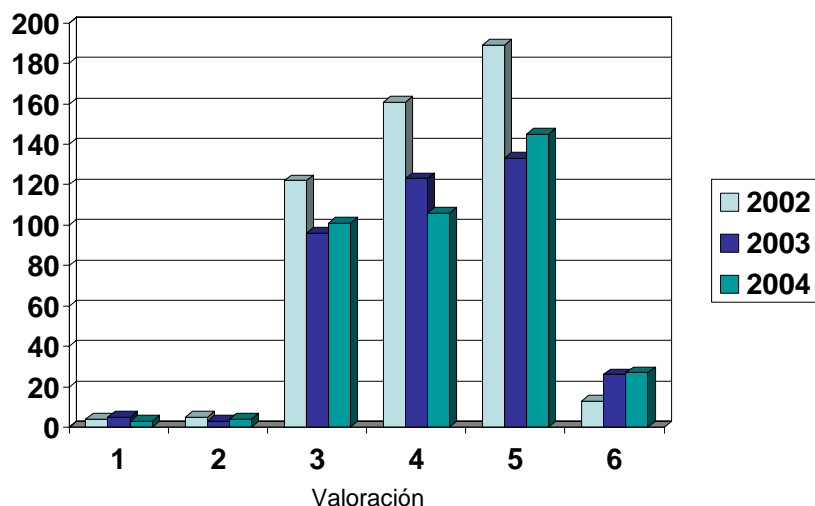
Las contestaciones se pueden equiparar a las preguntas anteriores números 6 y 8, en donde se intercambian los valores más altos en las escalas 4 y 5 de los años 2003 y 2004. Para la escala 4 de mejor, en el año 2003 responden 123 y en el año 2004 son 106 contestaciones; para la escala 5 de mucho mejor, en el año 2003 responden 133 y en el año 2004 son 145 las respuestas elegidas. La escala 5 es también aquí la más respondida.

#### LA PREPARACIÓN DEL PERSONAL PARA REALIZAR SU TRABAJO

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.-MUCHO PEOR	4	5	3
2.-PEOR	5	3	4
3.- COMO ESPERABA	122	96	101
4.- MEJOR	161	123	106
5.- MUCHO MEJOR	189	133	145
6.- NO CONTESTAN	13	26	27
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>

### PREPARACION DEL PERSONAL

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

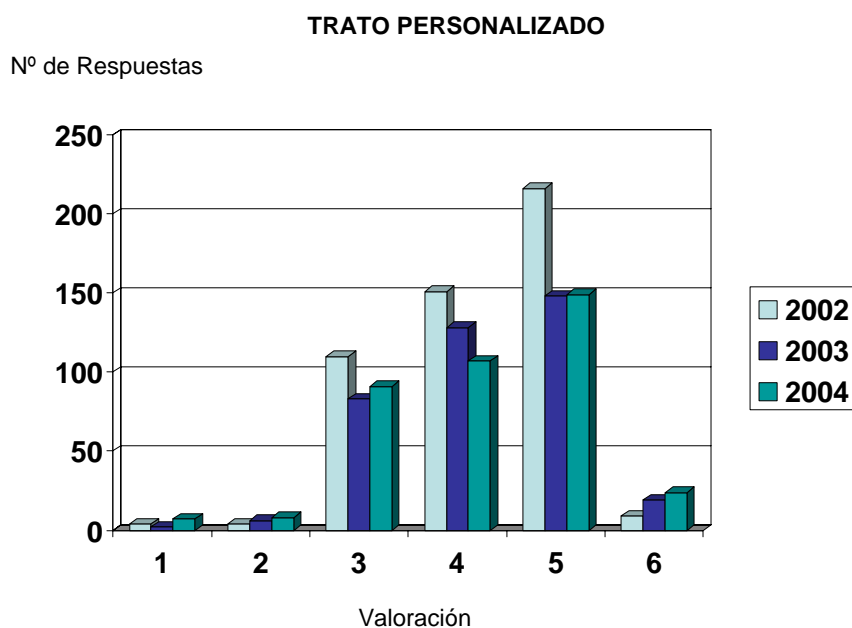
#### 5.4.2.11. Pregunta de trato personalizado que se da a los pacientes

Respuestas:

Las contestaciones más elegidas son las escalas 4 y 5, volviendo a semejarse las contestaciones al modelo elegido en las preguntas 6, 8 y 10, donde las escalas 4 y 5 se intercambian en los valores extremos en los años 2003 y 2004. En la escala 4, 128 en el año 2003 y 107 en el año 2004. En la escala 5, 148 en el año 2003 y 149 en el año 2004.

#### TRATO PERSONALIZADO QUE SE DA A LOS PACIENTES

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.-MUCHO PEOR	4	2	7
2.- PEOR	4	6	8
3.- COMO ESPERABA	110	83	91
4.- MEJOR	151	128	107
5.- MUCHO MEJOR	216	148	149
6.- NO CONTESTAN	9	19	24
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### **5.4.2.12. Pregunta de capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes**

Respuestas:

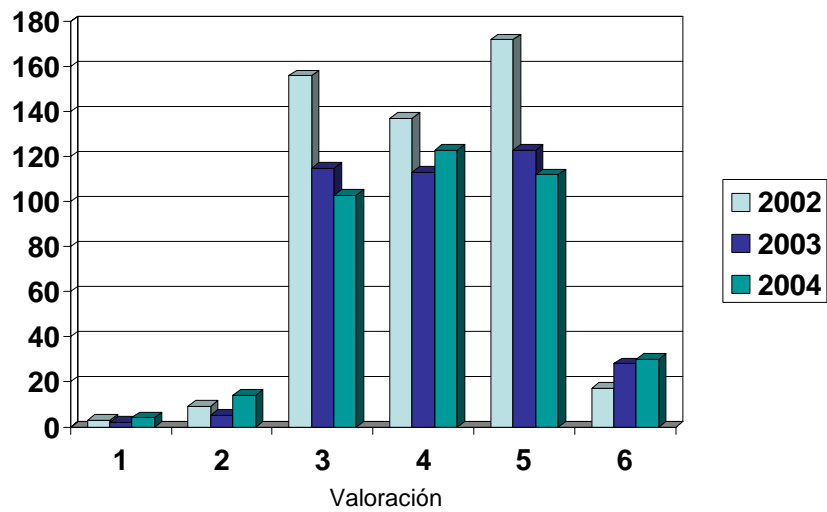
Las contestaciones son similares para los tres años, destacando que las escalas 3, como esperaba, 4 mejor y 5 mucho mejor son uniformes cuantitativamente en los tres años estudiados.

#### **LA CAPACIDAD DEL PERSONAL PARA COMPRENDER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES**

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.-MUCHO PEOR	3	2	4
2.-PEOR	9	5	14
3.- COMO ESPERABA	156	115	103
4.- MEJOR	137	113	123
5.- MUCHO MEJOR	172	123	112
6.- NO CONTESTAN	17	28	30
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>

### COMPRESION DE LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.13. Pregunta de información que los médicos dan a los familiares

Respuestas:

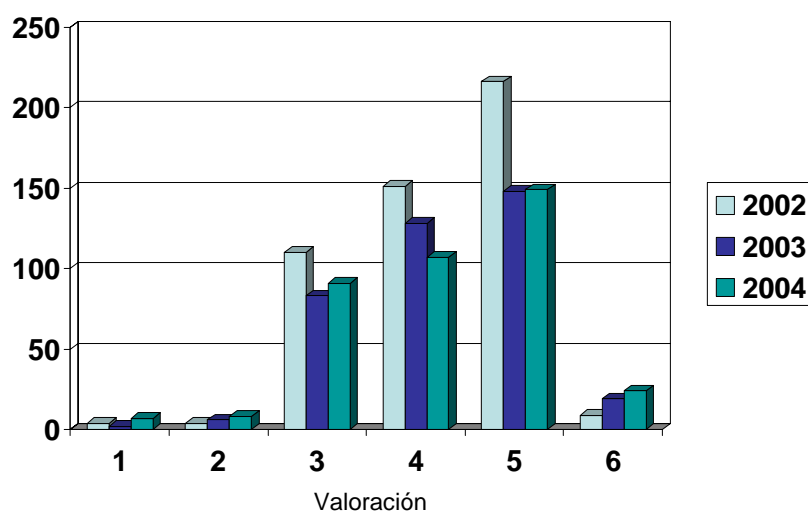
Se repite la situación de las preguntas anteriores 6, 8, 10 y 11. En la escala 4, 109 a 93 y en la escala 5, 130 a 138, para los años 2003 y 2004 respectivamente.

#### LA INFORMACIÓN QUE LOS MÉDICOS DAN A LOS FAMILIARES

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	6	4	14
2.- PEOR	14	14	18
3.- COMO ESPERABA	130	107	97
4.- MEJOR	125	109	93
5.- MUCHO MEJOR	207	130	138
6.- NO CONTESTAN	12	22	26
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>

### INFORMACION A LOS FAMILIARES

Nº de Respuestas



Leyenda:

- 1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.14. Pregunta de interés del personal de enfermería por los pacientes

Respuestas:

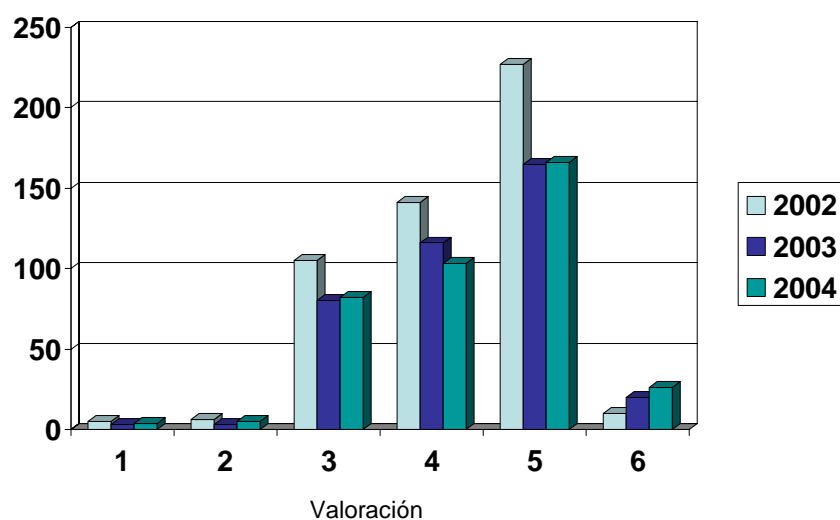
Al igual que en las preguntas 6, 8, 10, 11 y 13, en la escala 4 de mejor, en el año 2003 responden 116 y en el año 2004 contestan 103; pero para la escala 5 de mucho mejor en el año 2003 es de 165 y en el año 2004 son 166.

#### EL INTERÉS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA POR LOS PACIENTES

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUCHO PEOR	5	3	4
2.- PEOR	6	3	5
3.- COMO ESPERABA	105	80	82
4.- MEJOR	141	116	103
5.- MUCHO MEJOR	227	165	166
6.- NO CONTESTAN	10	20	26
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>387</b>	<b>386</b>

### INTERES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Nº de Respuestas



Leyenda:

- 1.- Mucho peor. 2.- Peor. 3.- Como esperaba. 4.- Mejor.  
5.- Mucho mejor. 6.- No contesta.

#### 5.4.2.15. Pregunta de nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido

Respuestas:

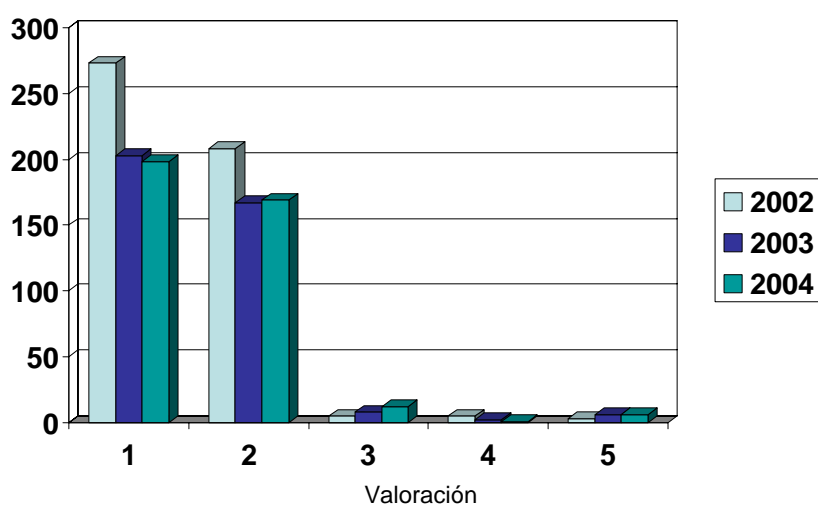
Las escalas de muy satisfecho y satisfecho son las que claramente predominan en los tres años, con un mínimo de 167 respuestas y un máximo de 273. Sin embargo en la escala siguiente de poco satisfecho, tan sólo aparecen 12 contestaciones como número máximo.

#### NIVEL DE SATISFACCIÓN GLOBAL CON LOS CUIDADOS SANITARIOS QUE HA RECIBIDO

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- MUY SATISFECHO	273	203	198
2.- SATISFECHO	208	167	169
3.- POCO SATISFECHO	5	8	12
4.- NADA SATISFECHO	5	2	1
5.- NO CONTESTAN	3	6	6
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>

### SATISFACION GLOBAL

Nº de Respuestas



Leyenda:

1.- Muy satisfecho. 2.- Satisfecho. 3.- Poco satisfecho.  
4.- Nada satisfecho. 5.- No contesta.

#### 5.4.2.16. Pregunta sobre si recomendaría este hospital a otras personas

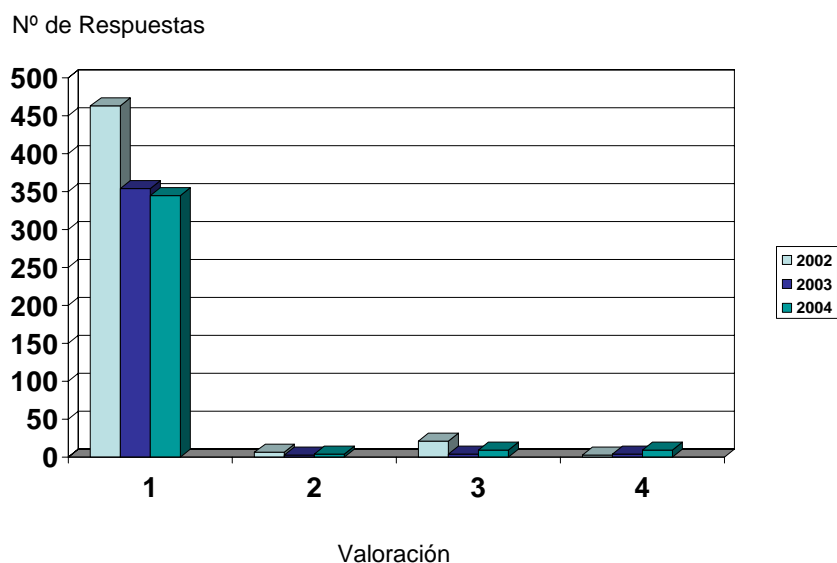
Respuestas:

La respuesta de sin dudarlo es aplastante con 345 (año 2004) y 463 (año 2002) respuestas en valores mínimo y máximo, frente a la respuesta de nunca que aparece en 4 (2004) y en 7 (2002) ocasiones en valores.

#### RECOMENDARÍA ESTE HOSPITAL A OTRAS PERSONAS

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- SIN DUDARLO	463	354	345
2.- NUNCA	7	3	4
3.- TENGO DUDAS	21	25	28
4.- NO CONTESTAN	3	4	9
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>386</b>	<b>386</b>

### RECOMENDARIA ESTE HOSPITAL



Leyenda:

- 1.- Sin dudarlo. 2.- Nunca. 3.- Tengo dudas.  
4.- No contesta.

### 5.4.2.17. Pregunta de tiempo de ingreso

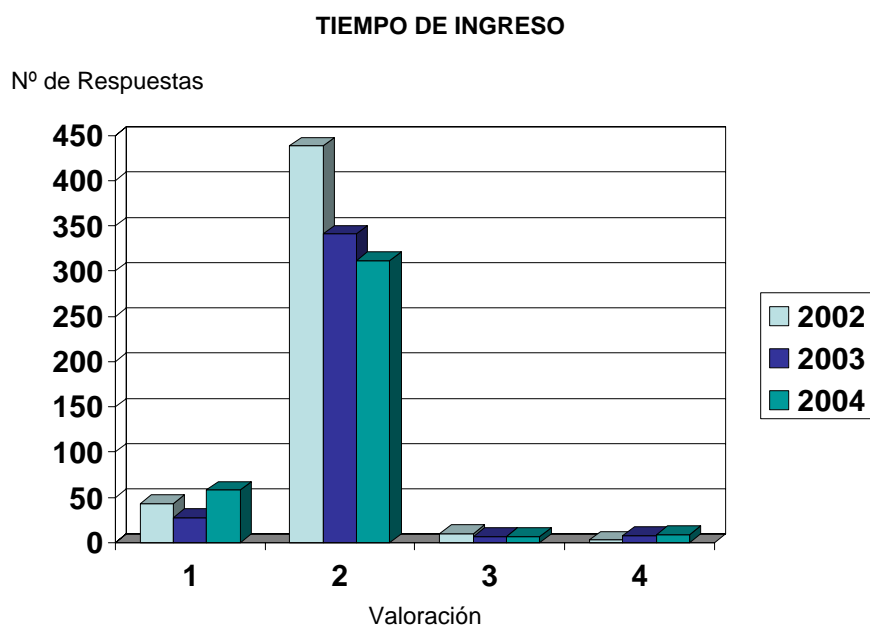
Respuestas:

Las respuestas mayoritarias han sido en la escala de tiempo necesario, entre 312 y 438. Sólo en 7 y 10 casos han considerado que han permanecido más tiempo del necesario. Señalaremos que en 2004 fueron 58 pacientes los que contestaron que pasaron menos tiempo de lo necesario y en el año 2003 fueron 28 los que señalaron esta opción.

#### TIEMPO DE INGRESO

	Años		
	2002	2003	204
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1.- < DE LO NECESARIO	43	28	58
2.- TIEMPO NECESARIO	438	341	312
3.- > DE LO NECESARIO	10	7	7
4.- NO CONTESTAN	3	8	9
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>384</b>	<b>386</b>





Leyenda:

1.- < De lo necesario. 2.- Tiempo necesario. 3.- > De lo necesario.  
 4.- No contesta.

**5.4.2.18. Pregunta sobre si ha recibido suficiente información de lo que le pasaba**

Respuestas:

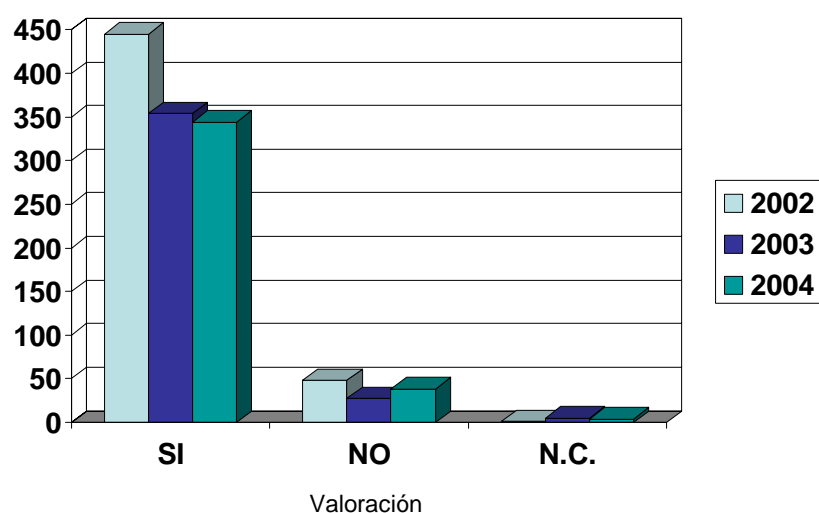
Mayoritariamente responden que si. En el año 2002 responden que no 48, en el 2003 responden 27 y en el 2004 lo hacen 38.

**HA RECIBIDO SUFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE LO QUE LE PASABA**

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
SI	445	354	344
NO	48	27	38
NO CONTESTAN	1	5	4
TOTAL	494	386	386

### SUFICIENTE INFORMACION

Nº de Respuestas

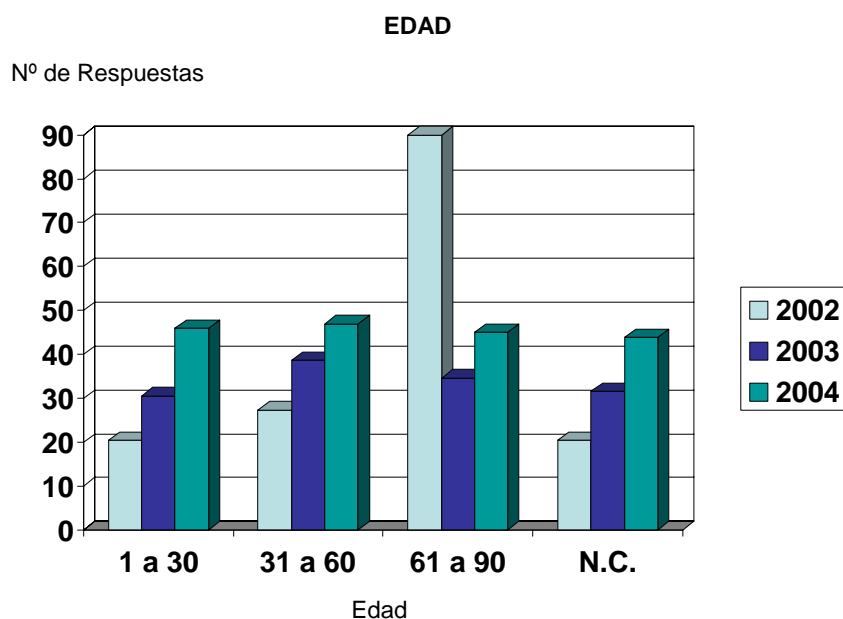


#### 5.4.2.19. Edad

Con respecto a la edad de las personas que contestan, principalmente están en el rango entre los 31 y los 90, en menor número esta el rango de los menores de 30 años. Como la relación debe ser proporcional a las edades de los pacientes intervenidos en todas las edades, debe haber un número similar de contestaciones para todas y cada una de las edades.

#### EDAD

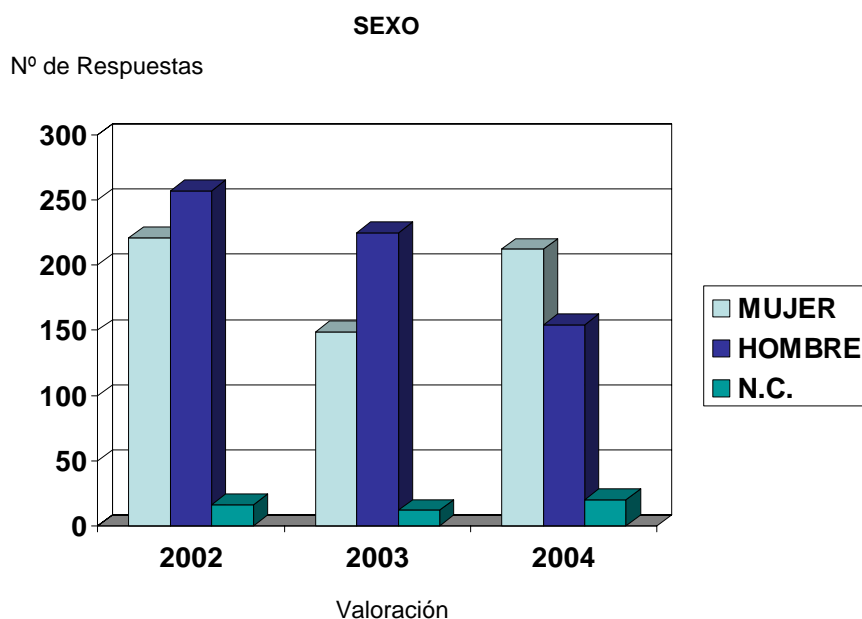
Edad	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
1 a 30	53	36	49
31 a 60	187	160	150
61 a 90	231	177	160
NO CONTESTAN	22	13	27



#### 5.4.2.20. Sexo

Con respecto al sexo de los pacientes que contestaron a la encuesta en los años 2002 y 2003 fueron mayoría hombres, pero en el año 2004 esta mayoría pasó al grupo de las mujeres.

SEXO	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
MUJER	221	149	212
HOMBRE	257	225	154
NO CONTESTAN	16	12	20



#### 5.4.2.21. Tipo de Ingreso

Con respecto al tipo de ingreso, la distribución aparece en la table siguiente

	Años		
	2002	2003	2004
	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES	Nº PACIENTES
PROGRAMADO	419	313	305
URGENCIAS	48	54	58
NO CONTESTAN	27	19	23

### 5.5. Contabilidad Analítica por Especialidades

Vamos a diferenciar en la lectura de resultados de todas las especialidades entre los costes del servicio propiamente dicho, los costes de la utilización de otros servicios relacionados, los costes de estructura y el total de costes imputados directa o indirectamente al servicio al que nos estemos refiriendo.

Todos los apartados reservan una sección porcentual con respecto a su propio servicio, servicios quirúrgicos o al propio global del hospital a manera de guía de comparación.

También es muy intuitivo y claro el gráfico que acompaña a todas las tablas numéricas de resultados económicos, observándose el comportamiento de la especialidad que estudiemos.

### 5.5.1. Anestesia y Reanimación

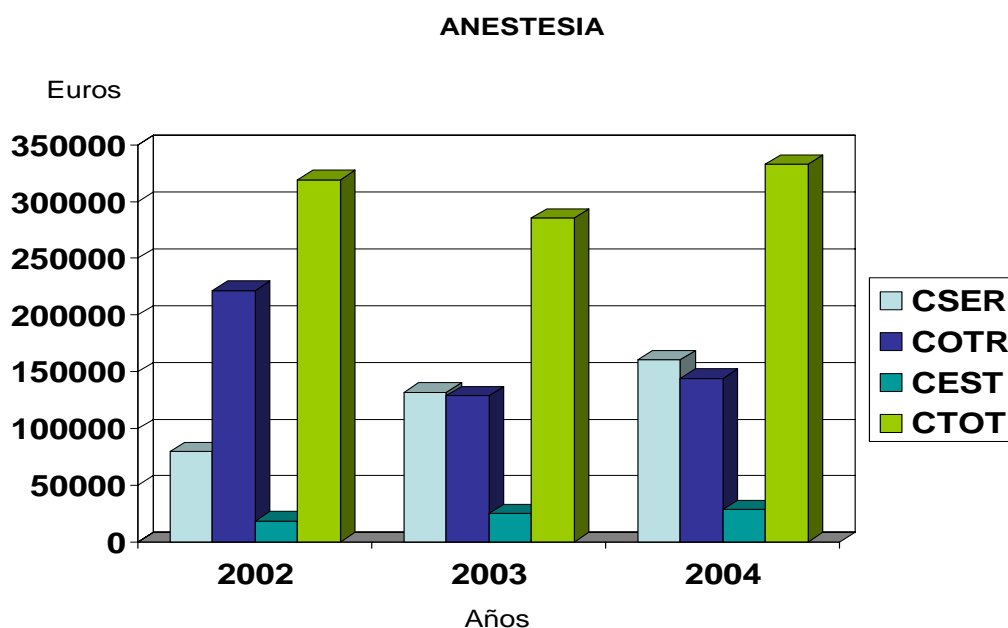
En los costes del servicio se aumenta progresivamente de cantidades, desde 79.261 euros en el año 2002, a 131.848 en el año 2003 y 160.441 en el año 2004.

En la imputación de costes a otros servicios no aparecen valores crecientes, es en el año 2003 con 123.508 euros donde está la cantidad más reducida.

Los costes estructurales siguen una sucesión creciente desde los 18.461 euros en 2002 hasta los 28.346 del 2004.

El resultado final de los tres ejercicios anuales nos da valores de 319.341 euros en el año 2002, 285.216 euros en el 2003 y 333.016 euros en el 2004. La diferencia entre los años 2002 y 2004 con una subida de 13675 euros no es referencia para afirmar que el comportamiento de este servicio sea incremental en costes.

ANESTESIA	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>79.261</b>	<b>131.848</b>	<b>160.441</b>
% RESPECTO A LA CONSULTA DE ANESTESIA	24,8	46,2	48,2
% RESPECTO AL CENTRO	0,2	0,3	0,3
Coste de Personal	79.261	131.160	159.605
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>221.618</b>	<b>128.508</b>	<b>144.229</b>
% RESPECTO A LA CONSULTA DE ANESTESIA	69,4	45,1	43,3
% RESPECTO AL CENTRO	0,5	0,3	0,3
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>18.461</b>	<b>24.860</b>	<b>28.346</b>
% RESPECTO A LA CONSULTA DE ANESTESIA	5,8	8,7	8,5
% RESPECTO AL CENTRO	0,04	0,05	0,05
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>319.341</b>	<b>285.216</b>	<b>333.016</b>
% RESPECTO A LA CONSULTA DE ANESTESIA	100	100	100
% RESPECTO AL CENTRO	0,7	0,6	0,6



Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

### 5.5.2. Cirugía General y Aparato Digestivo

En esta especialidad sólo se incrementa progresivamente el gasto en recursos de personal, en el año 2002 en 119.827 euros, en el año 2003 en 130.667 y en el año 2004 en 164.529.

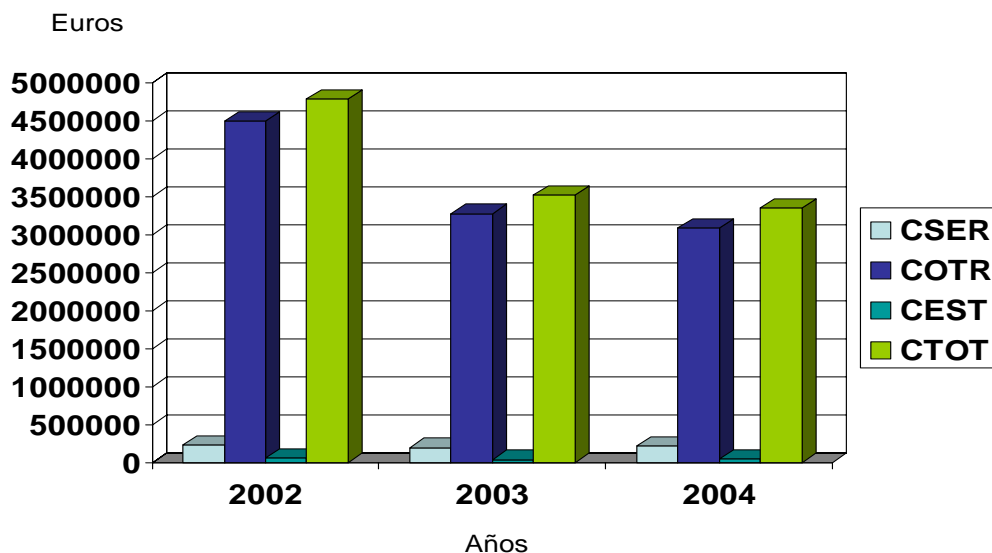
Es de destacar que aunque los costes de utilización de otros servicios se reducen desde los 4.488.232 euros hasta los 3.087.783 euros en el periodo 2002-2004, la imputación de costes en Cirugía Mayor Ambulatoria y Quirófanos Ambulantes crece. También lo hace las camas de hospitalización aunque de forma menos relevante.

Los costes estructurales son los siguientes: 57.884, 40.186 y 44.310 respectivamente para los años 2002, 2003 y 2004.

El total de costes se reduce en el primer intervalo un 13,6% y en el segundo un 10,48%.

CIRUGÍA GENERAL	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>236.279</b>	<b>197.926</b>	<b>219.552</b>
% RESPECTO HOSPITAL	4,9	5,6	6,6
% RESPECTO QUIRÓFANO	3,5	3,2	5,4
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	2	1,8	2,3
Costes de Personal	119.827	130.667	164.529
Costes de Funcionamiento	39.519	67.259	55.023
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>4.488.232</b>	<b>3.275.939</b>	<b>3.087.783</b>
% RESPECTO CGD	94	93,2	92,1
% RESPECTO QUIRÓFANO	67,1	53,1	75,3
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	37,2	29,5	33,4
Hospitalización	375.010	273.044	381.493
Quirófanos del Hospital	2.240.648	855.051	651.410
Cirugía Mayor Ambulatoria	179.357	314.333	326.732
Quirófanos Ambulantes	6.959	sin datos	12.390
Quirófano Hermanos Sangro	29.601	sin datos	46.255
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>57.884</b>	<b>40.186</b>	<b>44.310</b>
% RESPECTO CGD	1,2	1,1	1,3
% RESPECTO QUIRÓFANO	0,9	0,6	1,1
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	0,5	0,4	0,4
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>4.782.394</b>	<b>3.514.051</b>	<b>3.351.642</b>
% RESPECTO CGD	100	100	100
% RESPECTO QUIRÓFANO	71,5	56,9	81,8
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	39,6	31,7	35,2

### CIRUGIA GENERAL



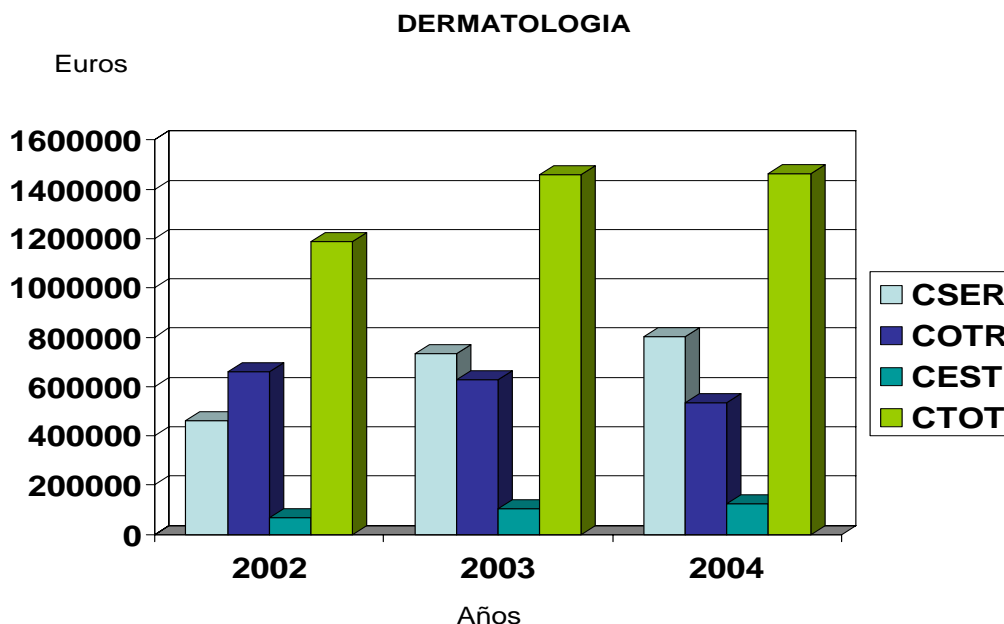
Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

### 5.5.3. Dermatología

En esta especialidad hemos incluido los costes de su actividad de consulta y observamos que el total de costes anuales modifican poco su comportamiento en los dos últimos años.

Intervienen en casi la totalidad de los casos en el quirófano ambulante del Centro de Especialidades de Hermanos Sangro. Se observa en la tabla que se reducen los costos en esta área de actividad ambulatoria, sin que esto signifique que hayan reducido su aportación global a la actividad quirúrgica en el año 2004.

DERMATOLOGÍA	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>459.767</b>	<b>731.481</b>	<b>803.020</b>
% RESPECTO DERMATOLOGÍA	38,7	50,1	54,9
% RESPECTO CENTRO	1,1	1,5	1,5
Costes de Personal	444.922	710.961	777.044
Costes de Funcionamiento	14.844	20.520	25.976
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>659.044</b>	<b>626.874</b>	<b>535.446</b>
% RESPECTO DERMATOLOGÍA	55,5	42,9	36,6
% RESPECTO CENTRO	1,5	1,3	1
Quirófano Hermanos Sangro	9.212	84.849	17.084
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>68.690</b>	<b>102.729</b>	<b>123.869</b>
% RESPECTO DERMATOLOGÍA	5,8	7	8,5
% RESPECTO CENTRO	0,02	0,02	0,2
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>1.187.501</b>	<b>1.461.083</b>	<b>1.462.334</b>
% RESPECTO DERMATOLOGÍA	100	100	100
% RESPECTO CENTRO	2,8	3,1	2,7



Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

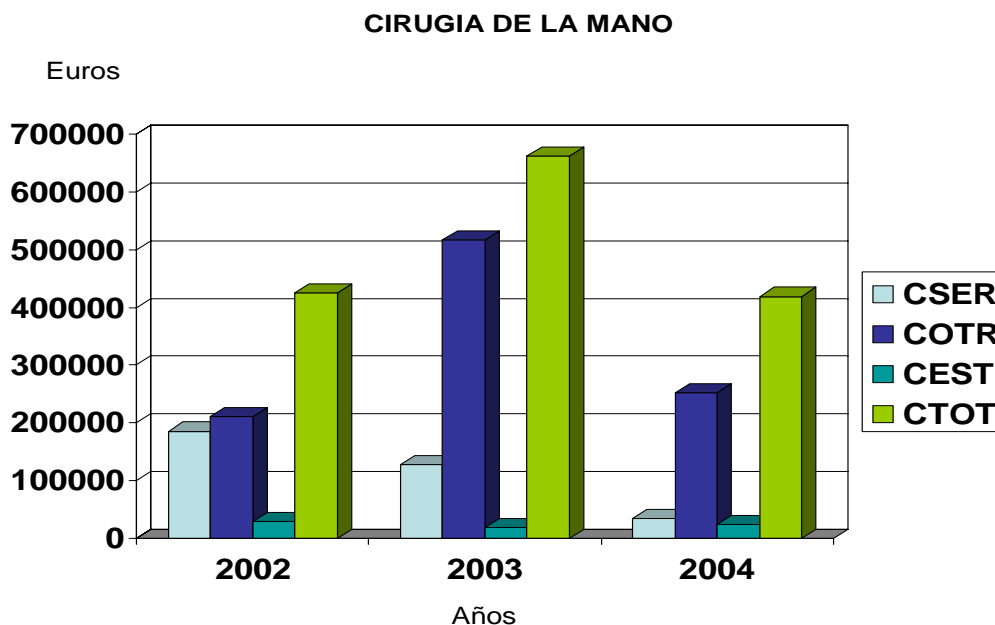


### 5.5.4. Cirugía de la mano

En este servicio su actividad general puede dar modificaciones rápidas en ciclos cortos ya que la misma depende del número reducido de sus componentes, dos cirujanos. Debido a la especialización de su tarea no es posible sustituirles en caso de ausencia.

Considerando estas fluctuaciones propias del servicio, los resultados contables de estos tres años indican que no ha habido grandes variaciones. Es el año 2003 el que registra mayor consumo de recursos en la imputación del uso de otros servicios y costes totales.

	Años		
	2002	2003	2004
<b>CIRUGIA DE LA MANO</b>			
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>185.399</b>	<b>127.289</b>	<b>143.813</b>
% RESPECTO CIRUGÍA MANO	43,4	19,2	34,3
% RESPECTO CENTRO	0,4	0,3	0,3
Costes de Personal	86.770	29.782	15.834
Costes de Funcionamiento	98.629	97.507	127.979
Hospitalización	sin datos	57.826	75.528
Quirófanos Ambulantes	1.361	sin datos	Sin datos
Quirófanos del Hospital	110.593	377.944	156.824
Cirugía Mayor Ambulatoria	35.087	41.978	Sin datos
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>210.776</b>	<b>517.314</b>	<b>252.415</b>
% RESPECTO CIRUGÍA MANO	49,6	78	60,2
% RESPECTO CENTRO	0,5	1,1	0,5
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>28.852</b>	<b>18.500</b>	<b>22.879</b>
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>425.027</b>	<b>663.103</b>	<b>419.108</b>
% RESPECTO CIRUGÍA MANO	100	100	100
% RESPECTO CENTRO	1	1,4	0,8



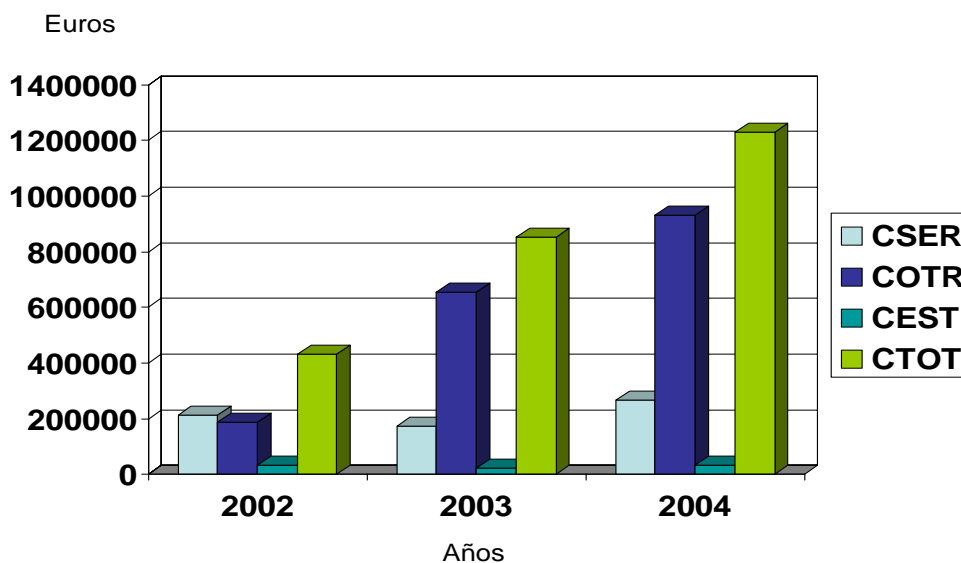
Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

### 5.5.5. Oftalmología

Los resultados en esta especialidad son contundentes, un crecimiento importante en todos los apartados de costes. En el total de costes el porcentaje de subida entre los años 2002 y 2003 es del 196,5% y en el 2004 alcanza el 144,1% respecto del año anterior.

OFTALMOLOGIA	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>214.623</b>	<b>174.213</b>	<b>266.606</b>
% RESPECTO OFTALMOLOGÍA	49,5	20,4	21,7
% RESPECTO QUIROFANO	3,2	2,8	0,5
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	1,8	1,6	sin datos
Costes de Personal	104.440	37.110	70.086
Costes de Funcionamiento	110.183	137.103	196.520
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>186.899</b>	<b>654.741</b>	<b>930.949</b>
% RESPECTO OFTALMOLOGÍA	43,1	76,7	75,7
% RESPECTO QUIROFANO	2,8	10,7	sin datos
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	1,5	5,9	sin datos
Hospitalización	3.119	1.931	3.256
Quirófanos del Hospital	sin datos	469.444	575.817
Cirugía Mayor Ambulatoria	Sin datos	139.844	219.408
Quirófanos Ambulantes	4.403	27.724	26.879
Quirófanos Hermano Sangro	2.567	18.512	7.464
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>32.440</b>	<b>24.098</b>	<b>31.899</b>
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>433.962</b>	<b>853.053</b>	<b>1.229.454</b>
% RESPECTO OFTALMOLOGÍA	100	100	100
% RESPECTO QUIRÓFANO	6,5	13,8	sin datos
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	3,6	7,7	sin datos

#### OFTALMOLOGIA



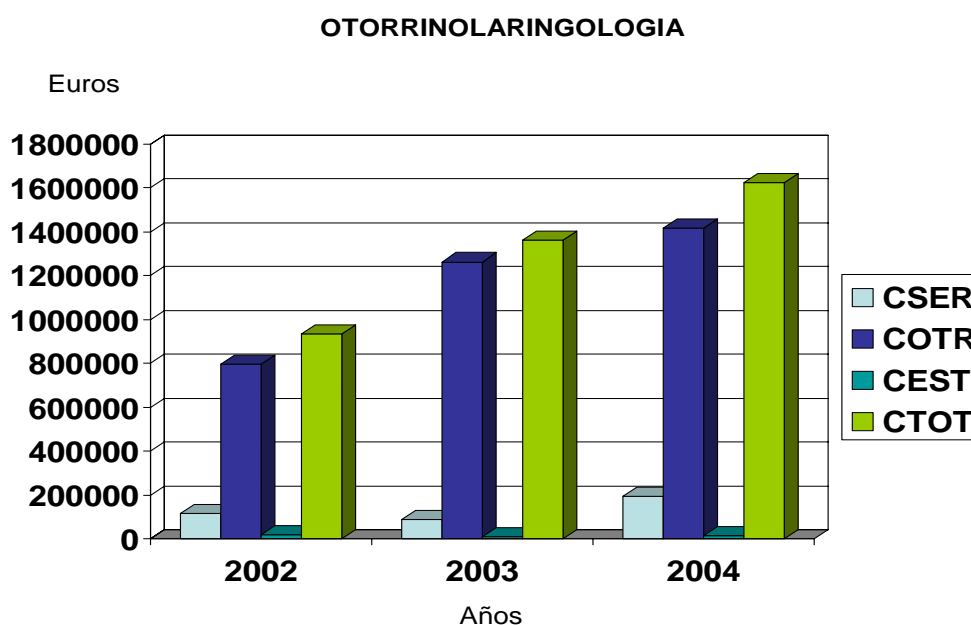
Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

### 5.5.6. Otorrinolaringología

Los datos que aparecen nos indican que no han existido cambios en la evolución de la actividad de este servicio. Son cantidades que varían en la tabla sin cambio hacia el aumento de costes.

La especialidad de otorrinolaringología realiza poca actividad programada tanto en quirófanos generales como en ambulantes.

OTORRINOLARINGOLOGÍA	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>87.337</b>	<b>363</b>	<b>14.219</b>
% RESPECTO OTORRINOLARINGOLOGÍA	23,8	0,2	5,5
% RESPECTO CENTRO	0,205	0,001	0,02
Costes de Personal	85.149	Sin datos	13.824
Costes de Funcionamiento	2.188	Sin datos	395
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>265.423</b>	<b>207.222</b>	<b>243.914</b>
% RESPECTO OTORRINOLARINGOLOGÍA	72	99,6	93,8
% RESPECTO CENTRO	0,6	0,4	0,5
Hospitalización	14.688	13.840	16.685
Quirófanos del Hospital	128.916	34.673	36.733
Cirugía Mayor Ambulatoria	3.196	5.845	6.787
Quirófanos Hermanos Sangro	364	3.080*	89
Quirófanos Ambulantes	124	1.905*	88
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>14.709</b>	<b>540</b>	<b>160</b>
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>367.470</b>	<b>208.126</b>	<b>260.096</b>
% RESPECTO OTORRINOLARINGOLOGÍA	100	100	100
% RESPECTO CENTRO	0,9	0,4	0,5



Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

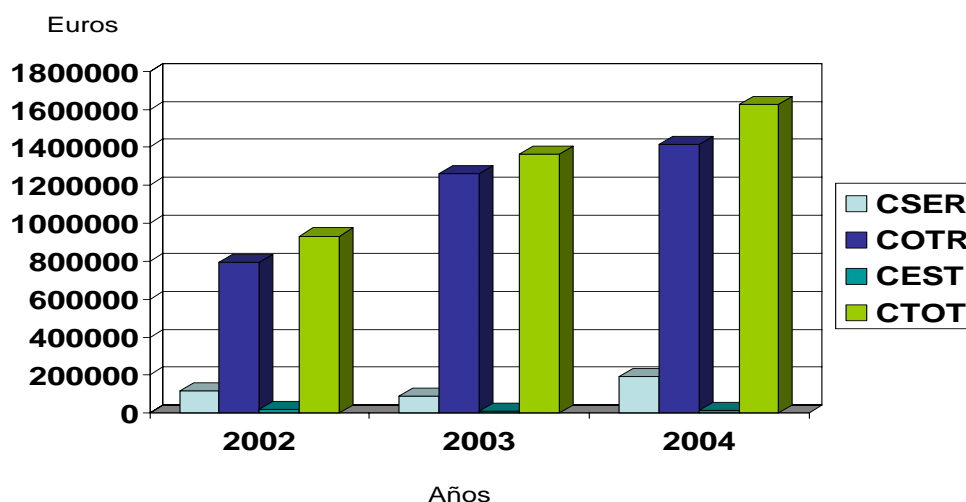
### 5.5.7. Traumatología y Cirugía Ortopédica.

La traumatología aporta un valor importante a la actividad quirúrgica, por esta razón el incremento de costes en este caso se hace evidente. Las cantidades siguientes nos avalan la afirmación anterior: 932.693 euros en el año 2002, 1.363.158 euros en el año 2003 y 1.624.888 en el año 2004.

Este incremento de costes se desglosa en costes del servicio de 117.531 en el año 2002, 88.089 en el 2003 y 194.259 euros en el 2004. En el apartado de costes de utilización de otros servicios los resultados son de 795.904 para el 2002, 1.263.043 para el 2003 y 1.414.819 para el 2004.

TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA HOS	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>117.531</b>	<b>88.089</b>	<b>194.259</b>
% RESPECTO TRAUMATOLOGÍA	12,601	6,462	18,61
% RESPECTO QUIRÓFANO	1,8	1,6	2,3
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	1	sin datos	1
Costes de Personal	114.935	88.013	175.286
Costes de Funcionamiento	2.597	77	18.973
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>795.904</b>	<b>1.263.043</b>	<b>1.414.819</b>
% RESPECTO TRAUMATOLOGÍA	85,334	92,656	90,461
% RESPECTO QUIRÓFANO	11,9	sin datos	sin datos
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	6,6	sin datos	sin datos
Hospitalización	109.260	40.144	43.942
Quirófanos del Hospital	123.681	438.448	508.599
Cirugía Mayor Ambulatoria	58.331	70.557	136.218
Quirófanos Ambulantes	2.263	sin datos	sin datos
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>19.258</b>	<b>12.025</b>	<b>15.812</b>
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>932.693</b>	<b>1.363.158</b>	<b>1.624.888</b>
% RESPECTO TRAUMATOLOGÍA	100	100	100
% RESPECTO QUIRÓFANO	13,954	sin datos	sin datos
% RESPECTO HOSPITALIZACIÓN	7,7	sin datos	sin datos

TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA



Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

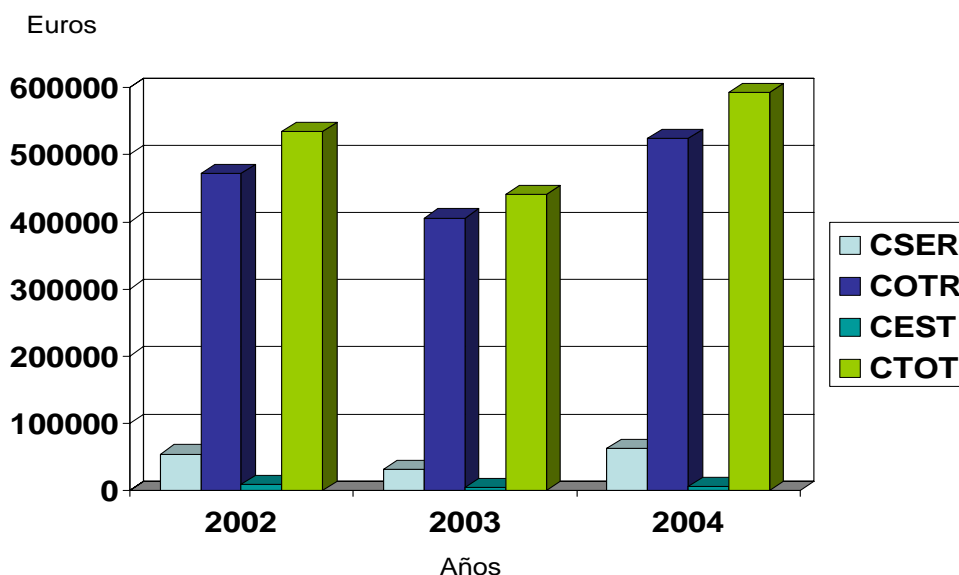
### 5.5.8. Urología

Este servicio aportando actividad quirúrgica al conjunto no es de las más relevantes, quizá esto explique que el crecimiento del gasto sea poco relevante. Los resultados del mismo son en el total de costes, 534.997 para el año 2002, 441.046 para el 2003 y 592.372 euros para el 2004.

#### UROLOGÍA

	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>54.147</b>	<b>31.102</b>	<b>61.982</b>
% RESPECTO URO HOS	10,1	7	10,1
% RESPECTO CENTRO	0,13	0,07	0,04
Costes de Personal	54.147	31.017	61.906
Costes de Funcionamiento	sin datos	86	76
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>471.757</b>	<b>405.798</b>	<b>524.688</b>
% RESPECTO UROLOGÍA	88,179	92,008	88,559
% RESPECTO CENTRO	1,1	0,9	0,6
Cirugía Mayor Ambulatoria	24.626	110.057	112482
Hospitalización	45.983	38.306	44.344
Quirófano Hermanos Sangro	11.651	112.790	144.776
Quirófanos Ambulantes	956	45.534	18.317
Quirófanos Hospital	204.826	65.669	65.959
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>9.093</b>	<b>4.146</b>	<b>5.702</b>
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>534.997</b>	<b>441.046</b>	<b>592.372</b>
% RESPECTO UROLOGÍA	100	100	100
% RESPECTO CENTRO	1,3	sin datos	0,4

#### UROLOGIA



Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

### 5.5.9. Medicina Interna

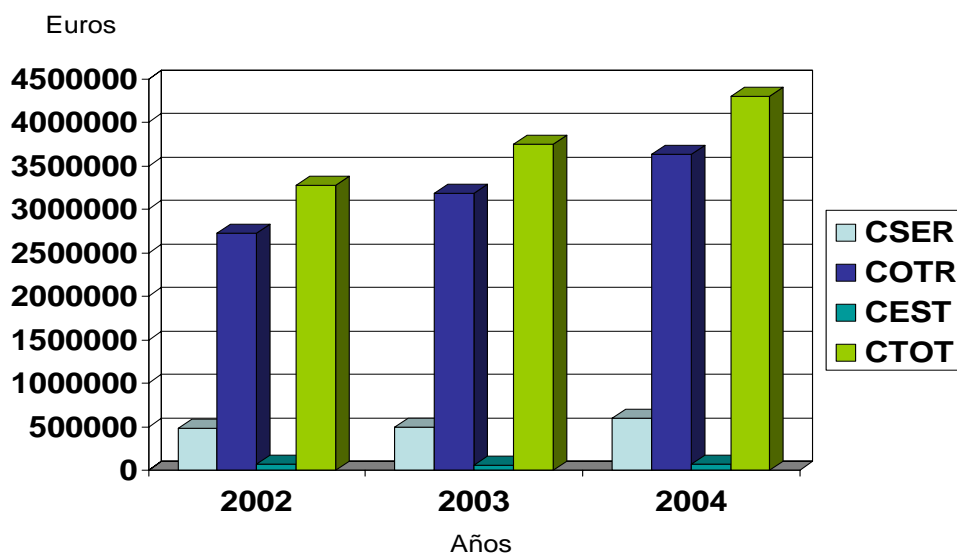
El servicio de medicina interna crece en todos los apartados de forma regular, en los costes del servicio incrementa progresivamente 488.578 euros, 499.697 y 595.455 en los años 2002 al 2004 respectivamente. Es decir, 10,2% (primer intervalo) y 11,9% (segundo intervalo).

En los costes de utilización de otros servicios en 2.726.312 euros, 3.191.607 y 3.635.852 en estos tres años. Es decir, 11,7% (primer intervalo) y 11,39% (segundo intervalo). En el total de costes se incrementa en estas cantidades, 3.282.372 euros, 3.751.335 y 4.302.644, es decir, un 11,42% y un 11,46% para los dos intervalos.

#### MEDICINA INTERNA

	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>488.578</b>	<b>499.697</b>	<b>595.455</b>
% RESPECTO MEDICINA INTERNA	14,9	13,3	13,8
% RESPECTO CENTRO	1,1	1,1	1,1
Costes de Personal	310.277	300.929	400.390
Costes de Funcionamiento	178.301	198.768	195.065
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>2.726.312</b>	<b>3.191.607</b>	<b>3.635.852</b>
% RESPECTO MEDICINA INTERNA	83,1	85,1	84,5
% RESPECTO CENTRO	6,4	6,7	6,8
Hospitalización	2.640.962	2.974.071	3.463.778
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>67.483</b>	<b>60.030</b>	<b>71.337</b>
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>3.282.372</b>	<b>3.751.335</b>	<b>4.302.644</b>
% RESPECTO MEDICINA INTERNA	100	100	100
% RESPECTO CENTRO	7,7	7,9	8

#### MEDICINA INTERNA



Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

### 5.5.10. Quirófanos

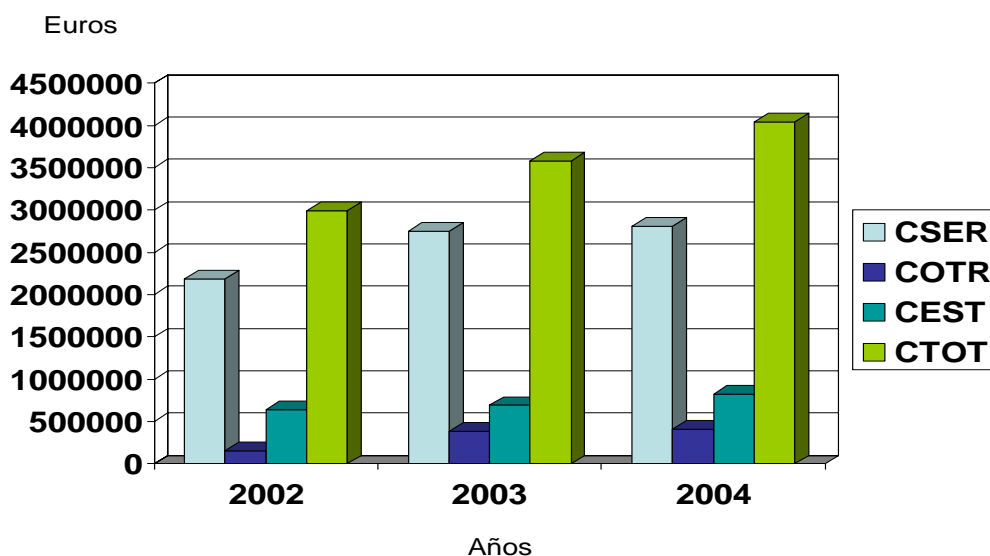
En esta imputación de costes, al igual que el caso anterior, el crecimiento guarda una relación porcentual muy regular en todos los conceptos anuales.

En los costes del servicio, los resultados contables son los siguientes: 2.189.886, 2.754.289 y 2.810.516 euros en los tres años, es decir 12,57% (primer intervalo) y 10,2% (segundo intervalo). Los costes de funcionamiento siguen una línea económica similar, 1.161.652, 1.056.275 y 1.146.926 y los costes de personal se incrementan alrededor del 16% en los años 2003 y 2004, con valores muy similares en estos dos últimos años. Los costes de estructura apenas varían y los costes totales siguen el patrón de crecimiento siguiente: 2.992.642 euros en el 2002, 3.581.491 en el 2003 y 4.043.940 en el 2004.

#### QUIRÓFANOS

	Años		
	2002	2003	2004
<b>I. COSTES DEL SERVICIO</b>	<b>2.189.886</b>	<b>2.754.289</b>	<b>2.810.516</b>
% RESPECTO GRUPO QUIRÓFANO	73,2	71,5	69,5
% RESPECTO CENTRO	5,1	5,2	5,2
Costes de Personal	1.028.235	1.698.014	1.663.590
Costes de Funcionamiento	1.161.652	1.056.275	1.146.926
<b>II. COSTES UTILIZACIÓN OTROS SERVICIOS</b>	<b>158.208</b>	<b>383.233</b>	<b>404.892</b>
% RESPECTO GRUPO QUIROFANO	5,3	8,6	10
% RESPECTO CENTRO	0,4	0,6	0,8
<b>III. COSTES ESTRUCTURALES</b>	<b>644.548</b>	<b>692.366</b>	<b>828.532</b>
% RESPECTO GRUPO QUIRÓFANO	21,5	19,8	20,5
% RESPECTO CENTRO	1,5	1,4	1,5
<b>IV. TOTAL COSTES</b>	<b>2.992.642</b>	<b>3.581.491</b>	<b>4.043.940</b>
% RESPECTO GRUPO QUIRÓFANO	100	100	100
% RESPECTO CENTRO	7	7,2	7,5

#### QUIROFANO



Leyenda: CSER, Costes del servicio. COTR, Costes de otros servicios. CEST, Costes estructurales. CTOT, Costes totales.

## **5.6. Balance global de actividad económica y asistencial**

### **5.6.1. Actividad Asistencial**

#### **5.6.1.1. Hospitalización**

El número de camas aumenta en una en el 1º intervalo, de 83 a 84 y se reduce en tres camas en el 2º intervalo, de 84 a 81.

Estas camas se distribuyen en el área quirúrgica de la siguiente forma: 32, 26, 19 para los años 2002, 2003 y 2004. Como se puede observar, en el año 2003 se reducen en seis las camas y en el año 2004 también se reducen, en seis camas.

En el área médica se produce en fenómeno contrario, en el año 2003 se aumentan en siete y en el año 2004 se aumentan en cuatro camas. El número de camas, es 51, 58 y 62 para los años 2002, 2003 y 2004 respectivamente.

Las altas médicas se elevan guardando relación directa con el aumento del número de camas y con la reducción de la estancia media en los años 2003 (1938 altas) y 2004 (2117 altas).

Las altas quirúrgicas también se elevan teniendo en cuenta además que el número de camas de las que dispone el servicio se reduce al igual que la estancia media, 4261 altas en el año 2003 y 4376 en el año 2004.

Otro dato a tener en cuenta es el incremento del índice de ocupación en un 5% de crecimiento anual.

#### **5.6.1.2. Actividad quirúrgica**

Todos los indicadores de programación quirúrgica crecieron en el año 2004 respecto del 2003, tanto en el número de quirófanos 5,52 frente a 5,63 como en el número de intervenciones programadas con ingreso y ambulatorios.

El peso medio total ambulatorio creció desde el año 2002 en la siguiente progresión: 0,8318, 0,8337 y 0,835.

Las unidades de complejidad, peso y altas, también crecieron en los tres años de estudio: 3503, 4205 y 4536.

El análisis de la evolución de la lista de espera es decreciente en alrededor de 500 personas año para todos los tramos: 2066, 1589 y 1153.

Se observa que en el año 2004 no existe ningún paciente en espera quirúrgica en el tramo de 3 meses, con una demora media para ser atendido de 31 días, que son doce



días menos que en el año 2003 y veinticuatro menos que en el año 2004.

El rendimiento quirúrgico se incrementa ocho puntos en el 2003 y disminuye tres puntos en el año 2004.

En porcentaje de intervenciones ambulatorias con respecto del total de programadas sigue el siguiente orden: 65,95 en el 2002, 70,5 en el 2003 y 71,35 en el 2004.

En el estudio retrospectivo se observó que fueron intervenidos en los tres tipos de cirugía (convencional, mayor y menor) un total de 27.106 pacientes, en los años 2002 y 2003, frente a los 14.722 que se registraron en el año 2004.

### **5.6.2. Recursos Estructurales**

Las camas en funcionamiento son 83 en el año 2002, 84 en el año 2003 y 81 en el año 2004.

El número de quirófanos se mantiene constante en los tres años.

### **5.6.3. Actividad económica**

El total de los capítulos económicos de estos tres años es el siguiente:

En el año 2002, 42.384.360 euros, en el año 2003, 46.647.162 euros y en el año 2004, 52.764.041 euros. Es decir, crecimientos de 4.262.802 euros en 2003 (+11%) y 6.116.879 euros en el 2004 (+11,3%)

En el capítulo I de gastos de personal la tasa porcentual de crecimiento ha sido del 10,9% y del 11,36% (+0,49); y en el capítulo II de gastos corrientes, bienes y servicios, este crecimiento ha sido de 11,07% y 11,17% (+0,1), todos estos datos de crecimiento corresponden a los años 2003 y 2004 respectivamente. Con esta información vemos que crece 0,39 puntos el capítulo de personal por encima de los gastos corrientes, bienes y servicios comparando el crecimiento en los dos intervalos.

Los resultados del capítulo II son, 12.353.930, 13.682.196 y 15.283.567 euros en los años 2002 a 2004.

La adquisición de material sanitario y productos farmacéuticos crece en el año 2003 en 514.938 euros y en el año 2004 en 247.923 euros.

El esfuerzo de la organización ha sido superior en contratar personal que en adquirir material, según la anterior relación porcentual.

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	Años		
	2002	2003	2004
Nº Camas en Funcionamiento	83	84	81
Quirúrgicas	32	26	19
Médicas	51	58	62
Nº Altas Totales	6.257	6.199	6.493
Altas Médicas	1.666	1.938	2.117
Altas Quirúrgicas	4.591	4.261	4.376
Estancias Totales	20.353	22.205	23.040
Ingresos Totales	6.253	6.222	6.477
Estancia Media (Ingresos)	3,25	3,57	3,56
Estancia Media Médica	8,9	9,05	8,77
Estancia Media Quirúrgica	1,2	1,09	1,05
I. Ocupación	74%	80%	85%
Peso Medio Altas Totales de Hospitalización	1,11	1,193	1,218
Peso Medio Altas Medicina Interna	2,048	2,186	2,176
Peso Medio Altas Quirúrgicas	0,77	0,741	0,754
Peso Medio Altas UCH Hospitalización	1,116	1,202	1,229
UCH HOSPITALIZACIÓN	6.811	7.248	7.768

#### ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Quirófanos Programados Funcionantes	6,4	5,52	5,63
Intervenciones Programadas con Ingreso	4.467	4.130	4.233
Intervenciones Ambulantes en Quirófano	8.632	9.877	10.489
Peso Medio Total Ambulatorio	0,832	0,834	0,835
Otros Procesos Quirúrgicos	14.031	14.141	14.418
Altas CMBD-A para UCH	4.377	5.318	5.737
Peso medio ambulatorio para UCH	0,8	0,79	0,813
UCH AMBULATORIAS	3.502	4.205	4.536
Total LEQ	2.066	1.589	1.153
LEQ 0-3 meses	1.740	1.587	832
LEQ 3-6 meses	326	2	0
LEQ > 3 meses	0	0	0
Demora media total	55	43	31
Rendimiento Quirúrgico	47%	55%	51%
% Intervenciones Quirúrgicas Ambulantes/Total Intervenciones Quirúrgicas Programadas	65,90%	70,50%	71,35%
Total IQ/Quirúrgicas Programadas / Día hábil	8,10%	9,30%	

#### RECURSOS ESTRUCTURALES

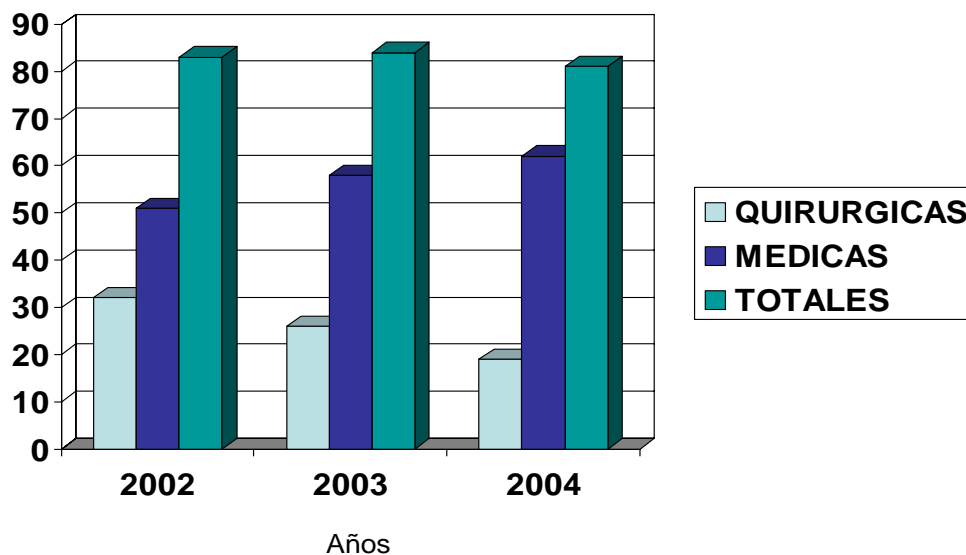
Camas en Funcionamiento	83	84	81
Quirófanos	Hospital	6	6
	CEP	1	1

#### INFORME ECONÓMICO

<b>CAPITULO I. GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>30.030.431</b>	<b>32.964.922</b>	<b>37.480.474</b>
<b>CAPITULO II. GASTOS CORRIENTES, BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>12.353.930</b>	<b>13.682.196</b>	<b>15.283.567</b>
Art. 20 Arrendamientos	101.011	110.031	172.240
Art. 21 Reparación y Conservación	1.370.308	1.690.083	1.850.056
Art. 22 Suministros y otros.	2.347.327	2.494.812	2.812.158
Art. 27 Material Sanitario y Productos Farmacéuticos	5.243.493	5.758.432	6.006.354
Art. 28 Material Suministros y otros.	13.646	15.058	13.052
Art. 23 Indemnizaciones por razón servicios	29.532	33.567	34.465
<b>TOTAL CAPITULOS I Y II</b>	<b>42.384.361</b>	<b>46.647.162</b>	<b>52.764.041</b>

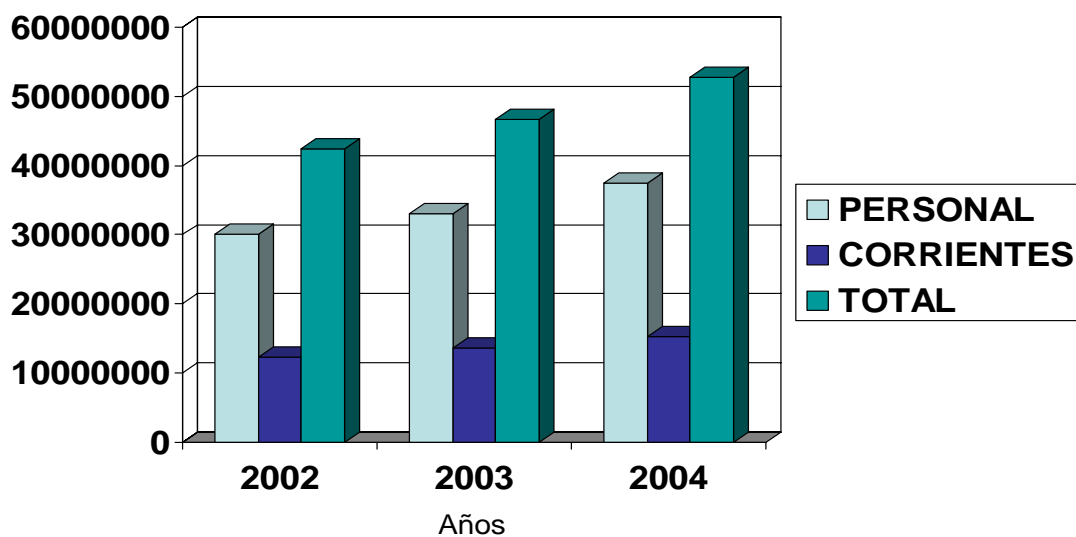
### CAMAS FUNCIONANTES

Nº de Camas



### GASTOS ECONOMICOS

Euros



## **6. DISCUSIÓN**

La aplicación de técnicas del mundo empresarial a los sistemas sanitarios se utiliza bajo el argumento del incesante crecimiento de los costes económicos, desarrollándose actividades que permiten abaratar costes con la misma eficacia que usando recursos tradicionales.

En este orden de cosas nuestro hospital al tener unas características estructurales que permitían el desarrollo de este tipo de experiencias se ha ido perfeccionando en las mismas, llegando a un buen aprovechamiento de sus recursos bajo este nuevo paradigma, teniendo en cuenta que las características de estructura del hospital no permitían trabajar orientado a procesos de alta complejidad.

Siguiendo esta dinámica nos planteamos seguir mejorando los rendimientos y mantener intactas las buenas valoraciones que los pacientes transmitían tanto en las encuestas de satisfacción como en las felicitaciones escritas o las manifestaciones directas en los pasillos de las plantas o en las consultas.

La población del Área asistencial del hospital se incrementa anualmente y la población emigrante busca asentarse con preferencia en esta zona sureste de Madrid, existiendo una significativa tasa de derivación desde atención primaria a especializada muy superior a la esperada, con porcentajes de alrededor de un 8% de incremento anual, bien por el aumento del número de contrataciones de médicos de familia, 25 más al año y/o la reducción de la capacidad de contención o filtro que realiza el primer nivel asistencial. Esta situación supone un esfuerzo añadido para el conjunto del Hospital Virgen de la Torre, siendo frecuentes las quejas de los especialistas, dirigidas a la escasa resolutiveidad del primer nivel para amortiguar las derivaciones crecientes hacia atención especializada. La reducción de la presión asistencial, bien desde la Urgencia del Hospital, o bien desde la solicitud de interconsulta al especialista conlleva un incremento de tareas que podrían ser concluidas en el médico de familia, lo cual ha dificultado la consecución de mejores objetivos quirúrgicos, ya que gran parte del tiempo se dedica a asistencia de consultas.

Para valorar si la calidad en la prestación podía verse disminuida con actuaciones encaminadas a aumentar la actividad quirúrgica pensamos que la mejor manera de medirla sería utilizando el cuestionario SERVQHOS, sobre la calidad de la Atención Hospitalaria, durante las primeras quincenas de los meses de Mayo y Octubre que se consideran estables dentro del panorama anual, evitando días festivos o solicitudes de permisos varios o vacacionales más utilizados.

La unidad de informática controla la aplicación desarrollada por Hewlett-Packard ibérica, sistema de información hospitalaria HP-His que permite a través de sus distintos campos y configuraciones acceder a pantallas de gestión asistencial y económica y extraer la información relevante necesaria que ha permitido plasmar los datos recogidos en este trabajo.

No obstante, carecemos de una Unidad de Sistemas de Información estructurada que pudiera entregar cuadros de mando diseñados para la gestión integral de las distintas áreas y servicios. Esta ausencia de información pormenorizada económico-asistencial impide la maniobrabilidad de la gestión descentralizada dentro de la organización. Es la voluntad del equipo directivo médico y sus coordinadores los que posibilitan con un redoblado esfuerzo sacar adelante los proyectos operativos.

El Área de Gestión económica trabaja en el desarrollo de la Contabilidad Analítica y su perfeccionamiento continuado, dada la dificultad a la hora de imputar costes correctamente a cada unidad de gasto. La dificultad estriba en dar homogeneidad a servicios que están en diferentes niveles, además de agruparlos según prestación en uno o varios funcionales, los GFH (grupos funcionales homogéneos).

Cuando planteábamos continuar mejorando el rendimiento del hospital involucrando en este empeño al personal sanitario, principalmente cirujanos, y aprovechando la buena disposición de las autoridades sanitarias, nos parecía que la vía más acertada para constatar la evolución del rendimiento iba a ser la de los indicadores.

Esta información que se generaba inmediatamente nos permitiría controlar los procesos que se iban realizando y por tanto podríamos gestionar el día a día y actuar para corregir las actuaciones inadecuadas.

Los indicadores se han ordenado en esta tesis siguiendo el patrón en el que aparecen en los sistemas de información consultados. Para mejor comprensión del análisis realizado dividimos estos indicadores en los siguientes tipos:

- a) Identificativos, para la Edad y el Sexo.
- b) De Cumplimiento, para la Lista de Espera Quirúrgica.
- c) De Gestión, para administrar los ratios del proceso, como acúmulos, porcentajes o índices.
- d) De Evaluación, para la Contabilidad Analítica de las Especialidades intervinientes.
- e) De Eficiencia, para la medida de la Actividad Asistencial o Económica Global.
- f) De Eficacia, para las Encuestas de Satisfacción de los Pacientes.

La recopilación de información de los años 2002 y 2003 se realiza con la misma sistemática y orden utilizado para el año de estudio, según información acumulada en la base de datos del sistema HP-His.

En cuanto a la valoración que nos merecen los resultados en la distribución por edad a la cirugía convencional le llegan pacientes de todas las edades, mientras que en la CMA el mayor grupo pertenece al que está por encima de 46 años y en la Cirugía Menor es el grupo de edades por debajo de 40 años. Son datos que concuerdan con la manifestación de patologías a lo largo de la vida de una persona, siendo más graves a medida que avanza la edad y la necesidad de intervenciones más complejas que requieren más cuidados postoperatorios.

En el caso del sexo de los operados, un 56% son mujeres, mientras el 65,5% de los que pasan a quirófano y se hospitalizan son hombres. En la CMA el porcentaje de hombres que se opera es del 47%, frente a la Cirugía Menor que es del 57,5%. Estos porcentajes sugieren quizás que los hombres padecen enfermedades más graves que las mujeres y

que el incremento de intervenciones en Cirugía Menor se puede deber a patologías tipo vasectomías para las que este hospital da una oferta más amplia que otros.

En la información que se recoge de la situación de la lista de espera quirúrgica, los datos globales manifiestan la decidida apuesta institucional por conseguir que la espera se reduzca progresivamente: 6 meses, 3 meses, 40 días y finalmente 30 días. Esta situación se aprecia con claridad en los datos, desapareciendo la espera en el tramo de > 3 a 6 meses y concentrándose toda la espera en el tramo de 0 a 3 meses. Los valores de 48 pacientes en espera de intervención de más de 3 meses en el año 2004 sólo se pueden deber a errores de cita y registro, para lo que periódicamente el servicio de admisión efectúa barridos para depurar estos errores. También hay que afirmar que del grupo de los 1.093 pacientes de 0 a 3 meses que esperan para ser operados la mayoría deben estar pendientes de operar en un plazo inferior a 40 días, aunque es fácil extraer alrededor de la decena que se escapan a este plazo por diversas circunstancias, de la propia institución –errores de cita principalmente- o del propio paciente –desplazamientos, cambios de domicilio, otras enfermedades, etc.- y cuando así se detectan desaparecen automáticamente de la lista de espera, no consignándose como espera estructural, es decir causada por la institución.

Es notoria la reducción del tiempo de espera medido tanto en tiempos de demora como de espera; en ambas la media se reduce significativamente para llegar en 2004 a 31 en demora y 45 días en espera, partiendo de los 55 y 97 días respectivamente que se tenía en el año 2002.

En los indicadores de gestión de la lista de espera quirúrgica apreciamos como se disparan las entradas de pacientes pendientes de intervención en el año 2004 con un crecimiento respecto del año anterior de un 40,1%; este crecimiento se puede explicar parcialmente desde posibles ajustes producido al finalizar el cierre de año y la retención de pacientes que no han sido aún intervenidos, amén de otras circunstancias añadidas por incremento de solicitudes por parte de los especialistas en orden a la variabilidad de la práctica médica u otras.

Los resultados de la lista de espera se condicionan con la aprobación en la Comunidad de Madrid del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, según Decreto 62/2004, de 15 de abril, para asumir el compromiso político de que “ningún madrileño esperaría más de un mes para ser intervenido en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid a finales de 2005.” Esta exigencia política que pretende facilitar el acceso del paciente al engranaje quirúrgico va en perjuicio del ritmo diario del Hospital. El cirujano evita la inclusión de pacientes en Lista de Espera para no ser penalizado; así condiciona que el Servicio de Admisión en sus informes periódicos no refleje esperas por encima de los 30 días. Esto tiene dos consecuencias adversas: la primera, el paciente vuelve a ser citado en consulta según criterio del facultativo que modula el tiempo para amortiguar el efecto de sobrecarga en lista, por entradas masivas acotadas en el tiempo (que no escape al lector la ocupación de tiempo de consulta innecesaria, dejando de ver a otro paciente pendiente de cita). La segunda, y más importante, la dificultad de programar quirófanos con suficiente antelación, debido al inadecuado y escaso volumen de pacientes disponibles para ser incluidos en la agenda quirúrgica, lo que crea un índice de ocupación de quirófanos por debajo del 50%, incluso la suspensión por encontrarse en la agenda del día programado tan sólo uno o dos pacientes.

De esta manera sólo es posible dar salida al número creciente de pacientes quirúrgicos a través de aumentar el número de intervenciones, mostradas con el aumento del índice de intervenciones/entradas y el acumulado anual de salidas.

No es posible hacer frente a este crecimiento exponencial de entradas sin una decidida actuación del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC), que compensa esta bolsa de espera extrayendo de ella los casos que se pueden desechar por quedar excluidos, es el porcentaje de salidas por depuración que pasa del 26,5% hasta el 15,5% en el año 2004.

En las actuaciones meramente clínicas, según el criterio del especialista, el porcentaje de pacientes en espera por motivo de decisión del médico se incrementa desde el 3,1% al 27,3%. El mecanismo de compensación de la masiva entrada de pacientes detectada por el especialista es compensado, individualmente, demorando voluntaria e intencionadamente la inclusión en lista de espera de pacientes que no necesitan ser intervenidos y en aquellas patologías en el que este aplazamiento no significa ningún riesgo añadido para el paciente.

Dentro de la frecuencia de intervenciones desglosada por procesos los datos muestran la especialización de los servicios incluyendo en su cartera más patologías susceptibles de ser operadas en nuestro hospital; este dato nos revela la disminución progresiva de los diez procesos más frecuentes en los tres años que pasan de los 1537 en el año 2002 hasta los 618 en el 2004.

En los resultados correspondientes a indicadores de demora por procesos es lógico suponer que si el dato global demuestra que disminuye el tiempo de espera, también debía ocurrir en los procesos de forma individualizada, puntualizando que sólo los trastornos internos de rodilla y la contracepción se ven afectados negativamente; Sin embargo, cuando describimos el porcentaje de salidas por intervención, en todos los procesos aumentan las salidas por intervención quirúrgica.

En relación a la demora en la cirugía de contracepción, podemos comentar la baja de un facultativo de la especialidad de urología que intervenía en numerosas ocasiones vasectomías.

La Lista de Espera Quirúrgica por Especialidades también reduce el número de pacientes pendientes de ser intervenidos de forma progresiva y constante durante los tres años observados.

Los tiempos de espera medios por especialidades también se reducen en todas las especialidades, medidas tanto en indicadores de espera medio como en índices de acumulados de entradas y salidas, excepto en los casos de cirugía general y otorrinolaringología. En el caso de la cirugía se explica por el menor crecimiento de salidas por intervención respecto de las otras especialidades y en el caso de la otorrinolaringología por la entrada de más procesos en lista de espera.

Para aumentar el número total de operaciones se aumentan las sesiones, tanto para las intervenciones que requieren la presencia de anestesista, la cirugía convencional y la CMA, como para las que no la requieren, es decir, para intervenciones de Cirugía Menor.



El número de intervenciones por sesión se reduce siete décimas en el año 2004. Esta pequeña reducción se compensa con el aumento del número total de sesiones, 97 más en el año 2004 que en el 2003, para conseguir aumentar en 715 el volumen total de intervenciones en el año 2004.

La suspensión de intervenciones en relación a los programados entre los años 2003 y 2004 reduce su número en un 0,85% (76 pacientes), con motivo de las actuaciones de monitorización y control llevadas a cabo por los responsables del servicio de admisión y de la división médica.

El porcentaje de lista de espera se reduce significativamente desde el 16% en el año 2003 hasta el 6% en el año 2004, sin duda por las acciones llevadas a cabo por todos los departamentos implicados en aumentar la productividad del hospital durante el año 2004.

Los descansos entre intervenciones no se ven afectados, se mantienen en 11 minutos. Parece probable que los tiempos de recuperación no se vean afectados puesto que son ajustados y razonables para la recuperación de la fatiga y el estrés del trabajo acumulado durante el turno de intervenciones.

En cuanto a la ocupación de quirófanos en 2004, se remonta ligeramente la del año 2003, pasando del 44,8 al 46,5%.

Podemos decir a tenor de estos resultados que:

1. La mejora del rendimiento del sistema para aumentar la actividad quirúrgica, aconseja en nuestro hospital aumentar la utilización del tiempo de horas trabajadas evitando intervalos ociosos en el horario de inicio y de finalización de la jornada.
2. El hecho de la mayor utilización de los quirófanos en jornada de tarde coincide con una de las conclusiones que Bernal apunta como importante en su simulación de funcionamiento de una lista de espera quirúrgica (98).

Dentro del apartado de técnica anestésica destaca la local, con un 60% del total, la locorregional se utiliza en el 25% de los casos y en menor proporción la general que se utiliza sólo en el 15% de los casos.

Los motivos de suspensión de intervenciones son los que corresponden a la incomparecencia del paciente, con el 49,3% del total de causas registradas, seguidas de lejos por la falta de preparación o empeoramiento del enfermo o la avería del local e instrumental. La suspensión de intervenciones supone tanto a la institución como al Sistema Nacional de Salud una importante pérdida económica y de actividad no realizada.

En el apartado de cirugía menor ambulatoria los resultados son más favorables al Centro de Especialidades de Hermanos Sangro con la realización de 1.624 procesos más que en el Hospital Virgen de la Torre durante el año 2004. También el número de sesiones aumenta significativamente en el Centro de Especialidades de Hermanos Sangro

respecto a años anteriores y muy por encima de las realizadas en el Hospital Virgen de la Torre.

Sin lugar a duda por el permanente control realizado sobre el único quirófano que dispone el Centro de Especialidades de Hermanos Sangro, con personal de enfermería muy entrenado y de una profesionalidad contrastada durante los años que llevan al frente de esta cirugía ambulante, que hacen posible superar con éxito cualquier incidencia imprevista, para volver a la normalidad en el menor tiempo posible, ya sea por el aparataje y sus averías, la bajas y su sustitución, así como las alteraciones en la cadencia de entrada de los propios pacientes. Personal competente y difícilmente sustituible, que se refleja en los resultados que estamos comentando.

Las sesiones anuales de los dos quirófanos de cirugía ambulatoria disminuyen durante el año 2004 en el Hospital y aumentan en el Centro de Especialidades. Sin embargo, el número de intervenciones se mantiene constante en el Centro de Especialidades y aumenta en el Hospital.

Aunque el número de suspensiones es superior en el Centro de Especialidades (1.207) que en el Hospital (622) en el año 2004, la relación entre el número de intervenciones y el número de suspensiones es de 3,2; dato que contrasta con el que corresponde al Hospital que tiene un indicador de 3,4; dos décimas más alto para la suspensión de intervenciones.

La incomparecencia del paciente sigue siendo en el dato del acumulado para la cirugía menor el más importante de los motivos de suspensión, un 63% de los motivos en el Hospital y un 70% en el Centro de Especialidades.

El tiempo muerto entre intervenciones es igual en los dos centros, los 6 minutos representan una forma de trabajo muy similar a pesar de encontrarse los quirófanos muy distantes entre sí, pero pertenecer a la misma estructura organizativa y ser el personal quirúrgico el mismo que interviene en uno u otro lugar determina en gran medida la homogeneidad de tiempos entre intervenciones.

El porcentaje de ocupación es bajo en los dos quirófanos, porque el hábito es el de intervenir sin interrupciones ni descansos largos entre sesión, dejando libre los quirófanos en el último tramo de la sesión tanto de mañana como de tarde, hecho que determina con claridad la reducción del tiempo de ocupación de quirófano.

Existe una diferencia apreciable entre la actividad del turno de mañana y tarde en los quirófanos de cirugía ambulante. Mientras que en el Hospital es mayoritario tanto el número de intervenciones como el número de sesiones en el turno de mañana, en el Centro de Especialidades la diferencia en contra del turno de tarde respecto del de mañana es de sólo el 20%. Este hecho es el que decanta el mejor rendimiento del quirófano del Centro de Especialidades, basado en la mayor atención que se presta desde el Centro de Especialidades a un único quirófano y que además al funcionar bien provoca un efecto llamada para los cirujanos en un entorno distendido y colaborador.

En relación con la complejidad de los procesos quirúrgicos, el peso medio de todas las altas que se hospitalizaron es mayor en el año 2004; sin embargo, para los procesos quirúrgicos ambulatorios, el peso medio disminuye. La Unidad de Complejidad

Hospitalaria (UCH), medida con el peso y el número de intervenciones realizadas es mayor en todos los tipos de cirugía porque aunque el peso medio ambulatorio es menor, el número de intervenciones ambulatorias es mayor en el año 2004.

El número de intervenciones de CMA en relación al total de intervenciones, definición de índice de sustitución, en el año 2004 es del 52%, un 2% más que el año 2003. Aunque esta diferencia no es llamativa, se debe tener en cuenta debido al alto porcentaje alcanzado y las dificultades que existen para seguir progresando cuando se alcanza un techo elevado.

Las Complicaciones son de cinco tipos: hemorragias, hematomas, seromas, infección y luxación de lentes. El número que se recoge en los registros realizados por reingreso es mínimo y menor en el año 2004 que los años precedentes; sin embargo es de suponer que al ser procesos poco complejos, la mayoría de las complicaciones serán leves y podrán resolverse en el ámbito de la Atención Primaria y por tanto no pueden ser cuantificadas en el presente trabajo.

Las reclamaciones gestionadas por el Servicio de Atención al Paciente nos muestran un panorama favorable, no destaca ningún servicio por delante de otro y además en el año 2004 se reduce el número de reclamaciones a tan sólo 5, distribuyéndose de la siguiente manera: para la CMA, 4 (2 por resultado adverso y otras 2 por suspensión), para la Cirugía con Ingreso, 1 y para la cirugía Menor ninguna reclamación.

Las Encuestas de Opinión que también se gestionan desde el Servicio de Atención al Paciente son buenas, con una respuesta del 50,5% de las enviadas. Respecto a años anteriores, en el 2004 mejora la información médica recibida. Se mantiene igual la percepción del tiempo de espera, el interés del personal en solucionar sus problemas, la puntualidad de las consultas, la rapidez con que se consigue lo que se necesita, la disposición, la confianza y la preparación del personal, el trato personalizado, la comprensión de los problemas, la información que los médicos dan a los familiares y el interés del personal de enfermería. Empeora su apreciación de la facilidad para llegar al hospital, la disposición del personal para ayudarlo y la amabilidad. Es opinión mayoritaria la satisfacción con los cuidados recibidos y la recomendación de que otras personas utilicen sin dudarlos los servicios del Hospital. Y finalmente, el 98,5% piensan que el tiempo de ingreso ha sido el adecuado, recibiendo el 89% una información suficiente de lo que pasaba.

El ejercicio contable anual de la actividad de los distintos servicios nos descubre el consumo de recursos que cada uno de ellos realiza sobre el conjunto de las disponibilidades económicas del Hospital. Hay que tener en cuenta que por un lado, la imputación de costes se revisa periódicamente y el Área de Gestión Económica procede a examinar los circuitos de gasto y modificar esta asignación con la pretensión de ajustarla mejor al consumo de cada servicio y por otro que en nuestro hospital esta actuación contable está iniciándose y quedan por delante algunos años para que la pericia de los técnicos alcance las deducciones apropiadas.

Con todas las restricciones anteriormente expresadas comentamos los resultados de los siguientes Servicios:

El Servicio de Anestesia consume un porcentaje insignificante de recursos que no llega al 0,3% tanto para los costes del servicio como para los costes de utilización de otros servicios, porque sólo se imputa actividad de consulta y costes de personal. Con crecimiento anual sostenido y sin modificaciones de relevancia.

El Servicio de Cirugía General disminuye todos los capítulos de Coste: Costes del Servicio (CS), Costes de Utilización de Otros Servicios (CUOS), Costes Estructurales (CE), y por tanto disminuyen los Costes Totales (CT). Dentro de esta disminución general, aumentan los costes en las divisiones correspondientes a los quirófanos de CMA y Ambulantes.

El Servicio de Dermatología no modifica sus costes en los tres años, con una media de gasto del 2,8%.

La Sección de Cirugía de la Mano, mantiene costes iguales con una media de gasto del 1% respecto del Hospital.

El Servicio de Oftalmología incrementa los costes de todos sus apartados, principalmente en las intervenciones de cataratas y el consumo de lentes. El gasto total en euros durante el año 2004 supone un crecimiento del 31% respecto del año anterior.

El Servicio de Otorrinolaringología, con una media de gasto del 0,6% arroja costes fluctuantes debido posiblemente a una media irregular, dado que sus actuaciones se enmarcan de forma puntual y ocupando esporádicamente sesiones de quirófanos a tiempo parcial y a veces compartidos con otras especialidades. Este hecho debe suponer problemas añadidos de cómputo y posterior imputación correcta de costes a este Servicio.

En el Servicio de Traumatología los costes se elevan un 16% en el año 2004. Este incremento respecto al año anterior es debido principalmente a las intervenciones de halux valgus y artroscopias.

El Servicio de Urología, incrementa sus gastos en un 26% durante el año 2004 respecto al año anterior, principalmente por el número de intervenciones de vasectomías.

Aunque no es objeto de nuestro estudio, el Servicio de Medicina Interna incrementa también sus costes globales debido a que la reducción de camas que conlleva la potenciación de la cirugía sin ingreso supone la cesión de las mismas a Medicina Interna. Este incremento de camas utilizadas por este servicio se traduce en un incremento global de costes del 13%.

El gasto que se produce en el quirófano en relación al Hospital durante el año 2004 representa el 7,5%, (un 1% mayor que en el año 2003). Y el incremento de gasto en el año 2004 ha supuesto un 11% en relación al año 2003.

En el Balance Global de Actividad Asistencial y Económica podemos observar lo siguiente:

El número de camas global se reduce en tres, por un lado, buscando la reducción de costes general y por otro la proporción de camas médicas se incrementa en cuatro

compensando las que ceden los Servicios Quirúrgicos en un total de siete por la decisión de ambulatorizar el mayor número de procesos posible.

En la relación de altas, el 67% corresponde a las de Servicios Quirúrgicos, con una estancia media quirúrgica de 1,05 días en el año 2004, (1,09 y 1,2 días en los años 2002 y 2003 respectivamente); y una estancia media médica de 8,77 en el año 2004, también progresivamente menor que en los años previos que fue de 8,9 en el 2002 y 1,09 en el 2003. Esta mejora de la estancia media médica fué consecuencia del esfuerzo contagiado al personal de Medicina Interna para igualar la apuesta que desde los Servicios Quirúrgicos se hacía para conseguir mejores resultados.

Mientras que el peso medio de las altas totales se mantiene prácticamente constante se incrementa el peso de las altas quirúrgicas de hospitalización cuando se incrementa la ambulatorización de procesos. Así, el peso medio del alta quirúrgica de hospitalización en el año 2003 fue de 0,741 y en el año 2004 correspondió con el de 0,754, es decir un ligero incremento de 0,013.

El porcentaje de intervenciones ambulatorias con respecto del total de programadas (Índice de Sustitución) ha sido: de 45% en el 2002, 50% en el 2003 y 52% en el 2004. Este dato nos revela que el esfuerzo de sustituir procesos para la cirugía ambulante se multiplica a medida que el indicador, índice de sustitución, se eleva.

En los estudios sobre la rentabilidad de la CMA no se aportan resultados contundentes respecto a que el ahorro económico sea claro a favor de la cirugía sin ingreso. En nuestro caso, la reducción de coste del proceso se sitúa en un 27%, pero el gasto total del hospital se incrementa un 12%.

No existen experiencias en nuestro país que demuestren que parte del coste global que consume la CMA sea trasvasado fuera del hospital, es decir, a la atención primaria y familiar.

Si parece que la cirugía sin ingreso es menos costosa que la convencional pero el aumento de productividad quirúrgica total que sólo ha sido de un 5% lleva consigo el aumento de los costes totales en un 12%, sin que podamos afirmar que dichos costes se relacionen con la cirugía. Pueden desviarse a incrementos de gasto por actuaciones en servicios centrales como laboratorio, aumento de la cartera de servicios o nueva tecnología; y pruebas de radiodiagnóstico, como contratación de procedimientos con empresas concertadas.

El servicio de anestesia no parece que influya ni en un cambio de configuración interno -número de especialistas o cambios en la técnica anestésica-, ni en un posible desequilibrio respecto al conjunto del Hospital, teniendo en cuenta además la escasa variación respecto del año anterior. La dedicación del especialista en anestesia es superior en la CMA en virtud del mayor tiempo que debe dedicar al paciente, dado que en una intervención que finaliza con el paso del paciente operado a planta (cirugía con ingreso), el cirujano es el encargado de controlar y dar el alta definitiva. La contabilidad analítica recoge un incremento del 15% del gasto total, tres puntos por encima del gasto total del hospital.

En este camino hacia la readaptación de modelos o reingeniería de procesos sería bueno

ir hablando de la especialización del médico anestesista para que existiera un tipo dedicado a la cirugía con ingreso y otro para la CMA, pues a tenor de los resultados el actual servicio de anestesia no aporta modificaciones favorables en este periodo. Se acomoda al cambio mirando desde fuera y no promoviendo su natural evolución.

Sin embargo el servicio de cirugía general y del aparato digestivo sí interviene con resolución, modificando su patrón y mejorando sus resultados, con un 5% de reducción de costes, consiguiendo además incrementar su actividad.

Los servicios de traumatología y urología incrementan sus costes conforme aumentan su actividad, un 16 y un 25,6% respectivamente, en relación con el año anterior.

El servicio de medicina interna con incrementos de coste global del 13% y con un 6% más de camas, se encuentra dentro de lo que podemos considerar normal para su ritmo de trabajo.

Una parte importante de estos resultados del conjunto de un servicio se deben al liderazgo y la implicación de los responsables, facilitando o entorpeciendo la buena marcha, obligadamente cambiante, de los hospitales.

La cultura del hospital debe encauzarse en la parcelación de funciones individuales que a su vez estén enlazadas con las de los demás. La intromisión en funciones que están acotadas bien por normas escritas o latentes en el ánimo colectivo debe ser rechazada implícita o explícitamente, para ser apartada del proceder habitual de la organización. Realizar tareas que a uno no le corresponden o invadir los campos al que ha uno no se le invita provocan desajustes de funcionamiento que ralentizan o paralizan el buen hacer diario.

La determinación de un responsable de actividad, en el ámbito que sea, sanitario o no sanitario, obliga a la asunción de compromisos que repercutan en resultados. Es igual de importante el respeto al trabajo del otro, desde el estamento menos cualificado al más preparado. Todo el personal es primordial para alcanzar el objetivo perseguido. Qué sería de un quirófano sin un buen personal de mantenimiento que mantuviese las instalaciones en óptimas condiciones, una auxiliar de enfermería que no dispense correctamente o una administrativo de citas que no sitúe en tiempo y orden las agendas.

El balance económico asistencial de los resultados anteriores conjuntos enseña que, ante crecimientos de actividad global se rinden aumentos de factura económica global.

No se puede concluir con los resultados que hemos expuesto desglosados por áreas de actividad, que se detecten diferencias significativas en cuanto a actividad asistencial y efecto económico.

En la medida en que la empresa hospital es un ente integrado que agrega fuerzas para un objetivo común el paciente, la compensación de frentes de atención agrega tanto valor de producto o resultado, como gasto paralelo añadido.

En la actualidad, las unidades asistenciales con programas de CMA se consolidan como modelos organizativos propios y diferentes a la cirugía con ingreso, avanzando en la inclusión de procedimientos cada vez más complejos con un periodo de recuperación

más prolongado (99).

La limitación de recursos ha provocado cambios organizativos y estructurales en el Sistema Sanitario, entre ellos la creación de Unidades de Cirugía Ambulatoria o sin ingreso, que deben cumplir unos requisitos funcionales (uso de protocolos), estructurales (instalaciones diferenciadas integradas o independientes) y organizativos (equipos con responsable y adecuado seguimiento) que garanticen la calidad (100).

El futuro competitivo que se acerca a grandes pasos a nuestro sistema sanitario se va a basar en la calidad de los servicios que seamos capaces de ofertar y los costes que generen. De los muchos productos diseñados con estas características, la Cirugía Mayor Ambulatoria es, sin duda, la que mayor auge ha tenido en las últimas décadas y tal vez, la única capaz de aunar y satisfacer todas las expectativas en las distintas perspectivas mencionadas.

En la Cirugía Mayor Ambulatoria se encuentra una valiosa herramienta para reducir los ingresos inesperados atribuidos al dolor, náuseas o vómitos, la optimización de la eficiencia de los procedimientos intraoperatorios, la contención de los costes y la minimización de las intervenciones de enfermería sobre el paciente. Debe evitarse el peligro actual de convertir las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria en cadenas de servicio mecanizadas con la más que probable pérdida de la orientación hacia el paciente, en provecho de una mayor eficiencia económica. Existe una tendencia a incorporar a la cartera de servicios procesos de mayor complejidad y pacientes de mayor riesgo con morbilidad asociada (101).

En el Hospital Virgen de la Torre, las unidades de complejidad hospitalaria para intervenciones ambulatorias han seguido la evolución siguiente: en el año 2002, alcanzan un valor de 3.502, en el año 2003 llegan a 4.205 y en el 2004 es de 4.536.

En un estudio de Ramos en Portugal, sobre selección de pacientes infantiles en relación a la distancia de su domicilio, encontró que ninguno necesitó ser readmitido en los 30 días siguientes a la cirugía. La cuidadosa selección de pacientes es fundamental para el éxito de la cirugía en régimen ambulatorio. Un criterio esencial y de seguridad de un programa de CMA, es que la distancia entre el domicilio y la Unidad de CMA sea inferior a 60 minutos. En nuestra área, aunque extensa, la buena comunicación de los Centros con transporte público y vías de acceso periféricas, facilitan que la distancia al domicilio sea en efecto inferior a 60 minutos (102).

Las razones de un éxito tan rápido en un periodo tan breve han sido las siguientes:

En primer lugar, las interminables listas de espera quirúrgicas y la necesidad de reducirlas. Estas listas se nutren de pacientes con procesos de escasa complejidad pero que requieren un quirófano completamente provisto y un periodo de vigilancia en unas instalaciones apropiadas. En el Hospital Virgen de la Torre registramos un peso promedio de altas quirúrgicas de 0,75 frente al valor promedio del peso de las altas médicas que es de 2,14.

En segundo lugar, la desaparición de equipos quirúrgicos de zona y cupo, que se encargaban de patologías quirúrgicas menos complejas. La jerarquización progresiva de estos efectivos ha motivado que también las enfermedades que atendían pasaran a ser

responsabilidad de los cirujanos del hospital.

En tercer lugar, el estímulo por recuperar científica y académicamente los procesos de baja complejidad que han pasado a ser un área recuperada a la investigación y la docencia, en la búsqueda de los mejores resultados de eficacia, eficiencia y satisfacción.

En cuarto lugar, salvadas las inversiones iniciales en construcción o adaptación en hospitales, el ahorro de estancias convencionales se ha traducido en una importante reducción del coste por proceso.

La disminución de pacientes quirúrgicos ingresados en hospitales no se ha reflejado en una reducción del número total de ingresos, puesto que las camas liberadas han basculado hacia el área médica. En el Hospital Virgen de la Torre, se cumple esta afirmación puesto que en la misma proporción que las camas quirúrgicas funcionantes disminuían, 32 (2002), 26 (2003) y 19 (2004); las camas médicas funcionantes aumentaban, 51 (2002), 58 (2003) y 62 (2004).

El esfuerzo de reducción de camas quirúrgicas no se ve recompensado con una actitud de contención de ocupación de camas por medicina interna, ni el servicio lo estima oportuno, ni la dirección se encarga de planificar la reducción para contener el coste total del hospital. Si bien, la disposición de más camas de medicina interna beneficia el ingreso, la planificación económico-asistencial desde el punto de vista institución hospitalaria es muy deficiente.

En quinto lugar, el alto grado de satisfacción que expresan los pacientes.

En último lugar, la seguridad comprobada conseguida con una buena selección de enfermos, una sala de readaptación al medio con personal entrenado y la aplicación juiciosa de los criterios al alta, hacen que los índices de ingreso no programado, la consulta de urgencia o de reingresos sea muy baja. En el Hospital Virgen de la Torre, de toda la población estudiada sólo aparecen los siguientes reingresos, 20 en el año 2002, 11 en el año 2003 y 7 en el año 2004.

De todas formas este es un registro poco fiable, teniendo en cuenta que no se hace un buen seguimiento del paciente. La mayoría de las complicaciones terminan en manos de atención primaria que a su vez deriva a la urgencia del hospital Gregorio Marañón, donde se finaliza el proceso asistencial.

Diversos factores contribuyen al incremento de gasto sanitario en todos los países desarrollados, de manera especial, los siguientes: a) El envejecimiento de la población. b) Las nuevas patologías y enfermedades crónicas. c) El cambio del nivel de exigencia de los pacientes y d) La innovación tecnológica (103,104). En el área de influencia del Hospital Virgen de la Torre se aprecian cada vez más estos cambios que contribuyen dentro de la atención especializada a la absorción de una porción importante del gasto sanitario total. El presupuesto asignado al Hospital se incrementa progresivamente con independencia de las políticas de contención del gasto que se han ido implantando. Así, en el año 2002 el gasto fue de 42.384.361 euros, en el 2003 se elevó a 46.647.162 euros y en el año 2004 ascendió a 52.764.041 euros. Es de prever que continúe este gasto sanitario ante la necesidad de evolución y cambio del sistema, por las llamadas reformas sanitarias que se aplican periódicamente con mayor o menor fortuna para dar respuesta



a los requerimientos que imponen la legislación, el marco contractual, el estatuto laboral o las exigencias de libertad de elección de centro y facultativo.

Papaceit en su encuesta tiene como objetivo de estudio conocer los criterios de selección y preparación de los pacientes en las diferentes unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) españolas y su impacto en los resultados de las mismas (105).

Existe un alto grado de consenso en los criterios de selección. En el 97,9 % de las unidades se utiliza la consulta de anestesia para la evaluación preoperatoria. La solicitud sistemática de las pruebas de laboratorio es elevada (89 % para la hemostasia y el hemograma, 72,9 % para la bioquímica), mientras que para la radiografía de tórax (33,3 %) y el ECG (35,4 %) se utilizan criterios más selectivos. La implantación de protocolos para el manejo de afecciones asociadas está poco extendidas (25-64,6 % ). El índice de cancelaciones es ventajoso para las unidades que utilizan la consulta de anestesia en todos los pacientes (el 1,5 frente al 4,4 %). Existe una significativa aceptación de pacientes de mayor riesgo quirúrgico-anestésico en las unidades de tipo autónomo respecto a las integradas, así como una significativa disminución del número de ingresos, de las estancias y del tiempo de recuperación.

En el Hospital Virgen de la Torre:

a) En el 100% de las intervenciones con Cirugía Mayor Ambulatoria se realiza consulta de evaluación preoperatoria.

b) En el 100% de las intervenciones de Cirugía Menor Ambulatoria se requiere estudio de coagulación y solicitud de placa de tórax, esta última a criterio facultativo.

Las intervenciones con anestesia general se han mantenido constantes, con un promedio de 900 al año, frente a la utilización creciente de la anestesia local, 12.139 en el año 2002, 14.746 en el año 2003 y 14.759 en el año 2004.

c) Las cancelaciones ascendieron a 390 de un total de 6.640 intervenciones, frente a las 840 de un total de 10.012 intervenciones en el Centro Periférico de Hermanos Sangro.

Se constata la necesidad de la consulta anestésica para la evaluación preoperatoria. Los resultados de nuestra encuesta apuntan hacia unos mejores resultados en los indicadores de funcionamiento en las UCMA autónomas frente a las integradas.

El aumento en la esperanza de vida de la población, la constatación de que los recursos destinados a la sanidad son finitos y el desarrollo tecnológico ha estimulado la implantación de formas de prestación sanitarias alternativas a la hospitalización tradicional. La puesta en marcha de programas de cirugía ambulatoria ha producido un importante ahorro de estancias hospitalarias. En algunos hospitales, la cirugía ambulatoria representa hasta el 60 % de la actividad quirúrgica realizada.

En nuestro estudio, el Hospital Virgen de la Torre registra los siguientes valores de sustitución: 45% en el año 2002, 50% en el año 2003 y 52% en el año 2004.

La cesárea, gastrectomía, histerectomía y apendicectomía y prostatectomía resultaron las intervenciones con menor variabilidad, mientras que las intervenciones de

rinoplastia, cataratas y artroscopia de rodilla y cirugía de recto, presentaron la variabilidad más elevada. La relación entre recursos y tasas de intervenciones mostró, en muchos casos, asociación positiva aunque no siempre estadísticamente significativa. La relación entre tasas y lista de espera únicamente resultó significativa para la artroscopia de rodilla. La asociación entre la disponibilidad de recursos y la tasa de intervenciones es siempre positiva cuando es significativa.

Las causas de la variabilidad en la práctica clínica se clasifican en cuatro grandes grupos de factores explicativos: inexactitud de los datos, factores relacionados con la demanda de la población atendida, factores propios del sistema sanitario y factores dependientes del proveedor directo de la atención (el médico).

Paradójica resulta la misma relación positiva, estadísticamente significativa entre el volumen de recursos ofertado y el número de pacientes en espera. El incremento poblacional de intervenciones supone, al mismo tiempo, mayores cifras de pacientes en espera (106).

El número de enfermos que pueden ingresar en un sistema hospitalario, es directamente proporcional al número de camas de que se disponga, a la ocupación de las mismas y al periodo de tiempo considerado, y es inversamente proporcional al número de días que permanezca ingresado cada uno de los enfermos, que es lo que se denomina estancia media. (107)

El estudio CAMIS para Europa ha demostrado que para las mismas patologías, en diversos países de Europa, se puede estar ingresado entre un mínimo de dos días y máximo de diez.

Desde que el 1 de octubre de 1983 el Presidente Reagan adoptó el acuerdo de pagar los gastos en que se incurría por proceso en vez de por estancia comenzó a bajar de forma tan espectacular la estancia media de los enfermos que, incluso, creció de la misma manera la cirugía ambulatoria o sin ingreso. Cuando se paga por proceso o caso, la tendencia es a elegir los más rentables y, en cualquier caso, a no ingresar al enfermo. De esta manera atendiendo al proceso y con otras motivaciones distintas a las económicas, los médicos pueden priorizar hacia la reducción del ingreso (108).

La CMA ha tenido un importante impacto en lo que se refiere a ahorro de estancias hospitalarias en los servicios quirúrgicos. En algunos centros representa entre el 40 y el 60% de toda la actividad quirúrgica realizada.

Las causas que dificultan la evaluación de resultados en CMA presenta tanto a nivel nacional como internacional pueden considerarse en las diferencias funcionales y estructurales entre las unidades y en la falta de consenso en la codificación y recogida de datos. Debe ser objetivo de las unidades conocer los resultados que obtienen periódicamente, posibilitándolas para autoevaluarse y poder así corregir sus errores (109).

En nuestro Hospital y en otros similares de su nivel se cumplen estas afirmaciones, teniéndose escaso conocimiento de los índices de calidad y de los resultados asistenciales obtenidos y por tanto la dificultad de poder establecer comparaciones entre ellos.

El INSALUD publicó los datos de actividad ambulatoria de sus hospitales en el periodo de 1994 hasta el 2001: 24 hospitales del grupo I, 29 del grupo II, 9 del grupo III y 12 del grupo IV. Esta clasificación se realiza según el patrón de hospital de menor a mayor tamaño.

En este punto debemos hacer mención a la clasificación que el propio INSALUD hizo de nuestro hospital de apoyo, grupo 5, agrupándolo con hospitales tan dispares como son el Hospital Nacional de Paraplégicos, el Hospital de Santa Cristina o el Hospital del Niño Jesús, haciendo aún más difícil establecer comparaciones con otros hospitales que tengan similares niveles de prestación asistencial.

Desde 1994 hasta el año 2001 el volumen de procedimientos de CMA en el INSALUD aumentó progresivamente. Mientras que en el periodo 1994-1998, el crecimiento anual de sustitución por CMA se situaba entre el 5 y el 10 %, en el año 2000 se aumentó la ambulatorización hasta un 30 %. El incremento de la cirugía programada con ingreso fue de un 12 %.

El número de intervenciones ha ido aumentando: 353.118 en 1994, 323.345 en 1995, 388.977 en 1996, 412.016 en 1997, 432.373 en 1998, 576.915 en el 2000 y 608.809 en el año 2001.

El incremento de la cirugía sin ingreso en los últimos años fue la causa de la disminución de la estancia media en los hospitales del INSALUD, desde los 9,20 días en 1995 a los 7,65 en el año 2001.

El peso medio ha aumentado en el mismo periodo un 40,95 %, desde 1,05 en 1995 hasta 1,48 en el 2001.

En el hospital Virgen de la Torre, el peso medio total ambulatorio fue el siguiente: en el año 2002 llegó a 0,8318, en el año 2003 fue de 0,8337 y en el año 2004 alcanzó el valor de 0,835.

El porcentaje de procedimientos de CMA realizados en el INSAUD era del 22% en 1998, del 39,2 % en 2000 y del 41,4 % en 2001. Es decir, desde 1999 se ha mantenido próximo al 40 % (respecto a los procedimientos ambulatorios o de CMA.)

La realización de CMA varía con cada grupo de hospital. En 1999 (media del 41 %), en el grupo 1 osciló entre el 25 % y el 50 %; en el grupo 2 entre el 30 % y el 55 %; en el grupo 3 entre el 25 % y 58, y en el grupo 4 entre el 25 y 45 %.

Estos datos contrastan con nuestro hospital, de apoyo médico-quirúrgico del grupo 5, con una gran actividad quirúrgica ambulatoria y que alcanza porcentajes elevados, con medias en el último año del 52%, y siempre teniendo en cuenta que los valores anteriores son para hospitales convencionales (110).

Según datos de Ferrer, en el año 2002, en la Comunidad Valenciana el 29,4% del total de la actividad quirúrgica programada, con exclusión de la cirugía menor, pertenece a la CMA; y en el País Vasco se sitúa en el 34% (111).

Autores como Vila demuestran la reducción del coste por proceso en las unidades de CMA, frente a la cirugía con ingreso (112).

El 80 % de las intervenciones quirúrgicas que hace 5 años precisaban ingreso hospitalario ahora se realiza de forma ambulatoria. Este tipo de intervenciones representa el 40-50 % del total de intervenciones quirúrgicas, según señala Varo (113).

En la evaluación de los principales indicadores que hace Del Vals en su actividad de CMA, en un periodo de tres años es para el índice de sustitución, 20,1%, 23,4% y 24,8%, liberando camas en la siguiente proporción anual, 19,6%, 24,0% y 26,9% respectivamente. Señala igualmente que el proceso que evita más estancias es el de cataratas, seguido a mayor distancia por la hernia inguinal y la liberación de vainas y tendones.

Un argumento a favor de la CMA es que evita estancias y camas. No se debe hablar de camas ahorradas sino de camas evitadas. La cama no es asignada a ningún servicio médico o quirúrgico de forma vitalicia, es un recurso asistencial que se utiliza según necesidades generales, previamente programadas. La reducción o ampliación - camas en funcionamiento- del número de camas instaladas no está determinada sólo por el índice de sustitución, sino por otras variables asistenciales, poblacionales o económicas más globales. Esta es una de las premisas con la que partíamos, las camas que evitamos ocupar por los Servicios Quirúrgicos eran sustituidas por camas de los Servicios Médicos según necesidades asistenciales.

Hay que hacer notar que las estancias evitadas no actúan sobre el ahorro del Centro, por tanto algunos autores, - con buen criterio según nuestra opinión - señalan que no es correcto hablar de estancias ahorradas. En nuestro trabajo podemos observar que aumentando la producción se incrementan los costes, es decir que si aumentamos el número de intervenciones, la cuenta de resultados económicos final igualmente se eleva.

En el rediseño del proceso quirúrgico se observa lo siguiente:

- Permite ocupar camas liberadas para otros procedimientos que requieren ingreso.
- Aumenta el peso relativo del paciente ingresado al descargar de procesos menos relevantes del total.
- Se reduce la lista de espera quirúrgica.

Otra ventaja que aporta la CMA es la elevada satisfacción que para muchos pacientes supone el hecho de recibir tratamiento sin necesidad de ingresar en el hospital. Un factor a valorar es el trato más personalizado de estos programas que las diferencia de las intervenciones con ingreso. La alta calidad percibida por el paciente es un factor de éxito que supone un incentivo permanente para su crecimiento y desarrollo (95,114)

La importancia de un indicador radica en su capacidad para inducir acciones de mejora en el proceso que se está midiendo.

Conocidos los resultados de estos indicadores, las medidas correctoras más empleadas consisten en profundizar en la educación de los pacientes y sus familiares en cuanto al proceso que van a seguir en la unidad, los cuidados postoperatorios y las posibles

incidencias; advertir sobre el consumo de determinados fármacos en el preoperatorio; mejorar el proceso de selección de pacientes; modificar algunas técnicas, haciéndolas menos cruentas, y adecuar los protocolos de control del dolor a la analgesia multimodal.

La encuesta postoperatoria es un instrumento válido para introducir mejoras en todo el proceso asistencial, pero puede adolecer de fiabilidad, dada la dificultad de encontrar la encuesta ideal.

La apuesta por conocer los costes por proceso permite a Colomer asegurar cómo la reducción alcanza un 48,7% de media en cirugía ambulatoria. No obstante, factores como el índice de la demanda inducida, el aumento global de la actividad quirúrgica del hospital y el incremento de la complejidad de los pacientes con ingreso suponen un considerable aumento del gasto global del hospital y hacen difícil el empleo de indicadores relacionados con el coste para monitorizar las unidades más comunes en España, las integradas en un hospital, y quedan tan sólo para los centros donde se han implantado unidades de gestión clínica.

Los índices de sustitución miden el grado de introducción de la cirugía ambulatoria y permiten comparar unidades entre sí. El crecimiento ha sido muy heterogéneo, así por ejemplo, el índice de sustitución de la cirugía de cataratas puede oscilar desde un 18,7% en Francia hasta un 98,8% en Estados Unidos, pasando por un 45,1% en España (115).

Al igual que Buch, citando la implantación de un programa de CMA en el servicio de cirugía del Hospital de Sagunto, los GRDs quirúrgicos más frecuentes ha progresado de forma satisfactoria, por varios motivos: a) la evolución de la sedación de la técnica anestésica, b) el cambio de actitud de los cirujanos al superar la incertidumbre inicial del postoperatorio precoz domiciliario (116).

En su estudio Martín López concluye, que la satisfacción global de los pacientes ambulatorios de cirugía artroscópica de rodilla tiene características muy similares en función del tipo de anestesia realizada, por lo que se debe tener más en cuenta la opinión o preferencias del paciente por una u otra técnica. De ahí, la práctica pautada de selección de pacientes para que su paso a la Cirugía sin Ingreso y los programas que se aplican tengan éxito. (117)

De los reingresos, normalmente un gran número son debidos a problemas relacionados con la cirugía (más del 50%), solamente entre un 15-25% son por causas anestésicas y otro 10-20% son debidos a causas médicas que se relacionan con problemas previos de los pacientes, y un porcentaje nada despreciable se debe a razones sociales (hasta un 20%).

El reingreso del paciente que ya está en su domicilio es un indicador que se presenta en un 0,5% de los casos. Las causas más frecuentes de reingreso son: sangrado, fiebre e infección de la herida como causas secundarias a la cirugía, y de las relacionadas con la anestesia sólo tenían relevancia la retención urinaria (118).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la asistencia sanitaria es: <Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y

lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso> (119).

En el ámbito sanitario la calidad en la atención médica se refiere a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de los servicios de salud.

Donabedian establece una relación funcional entre la estructura, el proceso y el resultado; considera que una estructura adecuada aumenta las posibilidades de un buen proceso, y que éste propicia un resultado óptimo (120).

La estructura comprende los elementos y características relativamente estables del sistema de atención sanitaria. Incluye los recursos humanos, físicos y económicos, la distribución y formación de los profesionales, el número, tamaño y localización geográfica de los hospitales, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los servicios y el sistema retributivo de los profesionales.

El proceso es la interacción entre el profesional y sus clientes acerca de la cual se puede emitir un juicio tanto con la observación directa como mediante el análisis de la información registrada.

El resultado es el cambio, atribuible a la actuación médica, que se produce en el estado actual y futuro de la salud del paciente.

#### a) Estudio de la Estructura

El nivel de estructura hospitalaria, es decir los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. Pero a pesar de la tradición del método, según algunos autores la estructura no influye mucho porque está alejada del producto final, las evaluaciones de la estructura pueden llevar a conclusiones erróneas acerca de la calidad del resultado y, por último, no se ha demostrado que exista relación alguna entre las conclusiones de las medidas retrospectivas con métodos estructurales y los obtenidos con el empleo de técnicas de procesos o resultados.

Nosotros creemos que la estructura sí guarda relación directa con los resultados, bien sea para mejorar la calidad en la atención, como las necesidades en el desarrollo de la práctica del profesional. No olvidando que según vemos en las conclusiones el incremento de actividad lleva en paralelo un aumento de los costes (121,122,123).

En opinión de Sheps, los requisitos de la estructura son insuficientes, pero establecen las condiciones previas necesarias para prestar una atención adecuada, afirmación que podemos corroborar con nuestra experiencia (124).

El análisis de la calidad comprueba la estructura física, los equipos, la organización, los métodos y procedimientos, el personal y otras características adecuados para alcanzar los niveles de calidad especificados. La evaluación de la asistencia mide la calidad de la estructura con relación al grado de calidad esperado del servicio, el cual dependerá, además, de la ejecución del proceso y del control y mejora del mismo. (125)

#### b) Estudio del Proceso. Se basa en el empleo de los recursos técnicos y conocimientos

científico-médicos más avanzados para conseguir mejores resultados.

Esta parte según algunos autores es la más invariable de la asistencia sanitaria, aceptándose que no es posible conocer la relación precisa. Sin embargo, los criterios del enfoque del proceso son más fáciles de modificar que los criterios estructurales o de resultado.

Los procesos, son los favorecedores del cambio que queríamos. Partiendo de la variabilidad de la práctica médica y su técnica hacia metas confluentes y similares, han propiciado el logro del incremento de la ambulatorización en los servicios quirúrgicos que participaban (126).

La producción de servicio sanitario es inseparable del consumo, prestada la atención el proceso no cambia porque la producción y el consumo son simultáneos. Se demuestra que este aserto es trasladable a nuestros procedimientos de CMA, a mayor producción mayor consumo de recursos.

El principal problema entre el proceso y el resultado radica en determinar previamente el resultado que se espera de un proceso asistencial concreto, que en determinados casos no será la restauración de la salud del paciente.

#### c) Estudio de los Resultados.

Se basa en que los objetivos de la asistencia sanitaria son curar la enfermedad, frenar su progreso, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento. El resultado real de los servicios sanitarios es su repercusión en la cantidad y calidad de vida. Algunos autores también incluyen en el término resultado la satisfacción del paciente, la adquisición de conocimientos, actitudes y los hábitos de salud (127,128).

El análisis de los resultados es el estudio más práctico para conocer la calidad de la atención recibida por una población determinada y, el mejor para conocer el grado de eficiencia de los profesionales. Algunos autores creen que los resultados evalúan la calidad del sistema pero no del profesional, puesto que la práctica médica no garantiza resultados favorables en todos los casos, dada la variedad de causas que afectan a la salud y la diversidad de actitudes individuales del propio estado físico y psíquico. Es de esperar que se produzcan los siguientes desenlaces en desigual proporción de mejor a peor: la curación, la mejoría, la estabilización, el empeoramiento y la muerte. Según esta afirmación de Weed, aunque los resultados son favorables en el año 2004, los esfuerzos por cambiar a una mayor ambulatorización no son todo lo satisfactorios que se esperaba si observamos los resultados numéricos obtenidos, pero sí resulta muy favorable la no pérdida de calidad, no aumento de las complicaciones ni las reclamaciones, ni tampoco pérdida de calidad percibida en las encuestas de satisfacción (129).

La gestión de la calidad está definida por las normas UNE 66001 y la 66900, como el aspecto general de la gestión que determina y aplica la política de calidad, expresadas formalmente por la dirección de un hospital.

Algunos autores sitúan la gestión de la calidad en el marco de tres conceptos fundamentales: la planificación, organización y control. Para Juran en su trilogía se basa

esta gestión en tres procesos básicos: planificación, control y mejora de la calidad (130).

La calidad se debe planificar en etapas divididas en filosófica, analítica, operativa y de desarrollo. Proceso integrado de planificación similar a proceso de formulación estratégica que parte de la identificación actual para que mediante un análisis interno y externo se construya una matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), que permite al hospital decidir una estrategia correcta para avanzar.

El Plan Estratégico 1999-2002 del Hospital Virgen de la Torre en el escenario definido por el desaparecido INSALUD en el marco de la Atención Especializada tenía como objetivo posibilitar el funcionamiento de los hospitales de forma que permitiera incrementar sus cotas de calidad y eficiencia, promoviendo mejoras internas a partir del análisis y posterior desarrollo de modelos de gestión ajustados a la historia y características del Centro y que afecten a los siguientes factores:

- Orientación a la atención integral del paciente.
- Reorganización interna.
- Motivación de los profesionales del Centro.
- Calidad total, eficacia y eficiencia.

En las tendencias de futuro se apuntaba el gran desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, estimándose que hasta un 60-70% de las operaciones que se hacían podían hacerse en forma de cirugía sin ingreso, estando ello determinado por los cambios recientes en cuanto a procedimientos diagnósticos no invasivos, en la endoscopia fibro-óptica y en las técnicas anestésicas.

Una buena gestión se basa en un buen sistema de objetivos, que deben reunir los siguientes requisitos: Poderse medir, ser alcanzables, estar coordinados, ser ambiciosos, difíciles y comprometedores, y finalmente deben establecerse participativamente. Para Juran además deberían ser óptimos en cuanto a resultados globales, incluir todas las actividades, de fácil mantenimiento y económicos (131,132).

La sanidad pública garantiza la universalidad de acceso a prácticamente todos los servicios sanitarios. Las listas de espera son una consecuencia casi inherente a estos sistemas, y que deriva de la diferencia entre la demanda y la oferta. Por ello, las listas de espera constituyen un factor regulador de la demanda. Los tiempos de espera muy prolongados, tanto en los procedimientos diagnósticos como en los terapéuticos, pueden comprometer de manera sensible el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios.

En este orden de cosas, el incremento de la capacidad para absorber demanda quirúrgica nos ha producido una notable reducción de pacientes en espera de ser intervenidos, no haciendo necesario el uso de modelos alternativos que permitan alcanzar este objetivo como los que plantean algunos autores.

Según Sueiras, las listas de espera han de gestionarse en función de criterios clínicos, en función de los diferentes grados de sintomatología (orgánica y/o funcional) referidos



por el paciente, el tipo de patología y la interferencia que ocasionan las urgencias sobre la programación de la cirugía electiva. Existiendo un progresivo incremento de las listas de espera en su área de influencia (133,134).

En un extenso artículo que publicó Peiró, nos indica que los incrementos de recursos incluyen la apertura/ampliación de nuevos hospitales o servicios pero también modalidades de atención específica como la cirugía sin ingreso, así como reformas organizativas que tienen el objetivo de incrementar la producción con o sin aumento de recursos. Existen evidencias empíricas en las que el incremento de la capacidad productiva acorta la espera media pero aumenta el número de personas en cola. No se confirma este hecho en nuestro trabajo sobre situación real de una amplia muestra tomada a lo largo de tres años (135).

El caso español y más concretamente la Comunidad de Madrid, que fija el objetivo de cumplimiento de espera en 30 días para todas las patologías, está lejos de coincidir con un criterio clínico, porque si bien en los casos de asistencia quirúrgica no demorable sí tiene razón de ser, en otros (cataratas, vasectomías, etc), se exige un cumplimiento de tiempo que adelanta el uso de recursos innecesariamente. Aunque en general estamos de acuerdo con esta afirmación, siendo deseable fijar un objetivo de demora según criterio clínico por patologías, los recursos se utilizan porque están disponibles a tiempo completo; se podrían adelantar o retrasar el uso de recursos si el sistema fuera privado y se pudieran ajustar contratos locales por acto.

Las listas de espera están inflacionadas del orden del 20 al 30 % por pacientes ya intervenidos, fallecidos, que no desean operarse, que abandonan el área de influencia del hospital, etc. En esta situación se debe utilizar la depuración, que consiste en evitar intervenciones y pérdidas de tiempo en quirófano. La mejora de la información en este campo de las listas de espera es crucial para avanzar en su disminución y mantenimiento de tiempos aceptables de espera.

La cirugía mayor ambulatoria ha sido propuesta como una de las estrategias más importantes para el abordaje de las listas; de hecho los procedimientos que más frecuentemente se encuentran en lista de espera quirúrgica son susceptibles en su mayoría de CMA.

Sin embargo en la actualidad el número de intervenciones que serían susceptibles de CMA (índice de sustitución) oscila entre el 8 y el 50% dependiendo del tamaño de los hospitales; aún más, se están realizando mediante autoconcertación intervenciones susceptibles de llevarse un incremento de este índice a corto plazo.

Por otro lado, los gestores no tienen incentivos potentes para incrementar este tipo de cirugía, ya que, a mayor índice de sustitución, si no existe disminución de camas, mayor gasto corriente por cama. Volvemos a repetir que el gasto va ligado al incremento de la actividad y al uso mantenido y constante de las camas disponibles (98).

Aunque algunos autores señalan que la reducción del coste se debe a la reducción del tiempo de estancia de los pacientes en el hospital (136,137,138,139,140,141,142,143,144,145), otros autores señalan que no parece existir ese ahorro y coinciden estas conclusiones con los resultados de nuestro estudio. Ponen diversas razones para ello: a) Los costes se trasladan a la atención primaria, con más

visitas al médico y mayor uso de los servicios de enfermería. b) El mayor consumo de recursos se produce durante la cirugía y la recuperación inmediata, por tanto la reducción del número de estancias no reduce proporcionalmente los costes. c) La reducción de la demanda de camas no resulta un ahorro al no permitir el cierre de camas, sino que lleva a una mayor actividad, aumentando el coste global (146,147).

El Hospital Virgen de la Torre en su interés por mejorar continuamente la actividad asistencial y de forma especial su prestación quirúrgica, se plantea un nuevo reto adaptando sus mecanismos para adecuarse a los nuevos requerimientos que exige la creciente demanda sanitaria.

Las infraestructuras se mantienen en los últimos tiempos acordes al volumen y tipo de procesos intervenidos, en una gran mayoría Cirugía Mayor Ambulatoria, no condicionando el desarrollo de actuaciones de cumplimiento de objetivos propuestos.

Las premisas de trabajo se basan en optimizar el rendimiento de los quirófanos para incrementar la actividad y a la vez promover actitudes individuales y de Servicio para modificar voluntariamente la práctica quirúrgica, hacia la consecución de estos objetivos.

En el modelo operativo se requiere incrementar el personal del Área de Admisión para centralizar y gestionar la Lista de Espera Quirúrgica. Se incrementa el rendimiento de los quirófanos en los turnos de mañana y tarde mediante el aumento de procesos intervenidos por sesión. El Hospital ha utilizado recursos eventuales, en el caso de facultativos en turno de tarde, en concreto un oftalmólogo y un anestesta; y reforzando con dos efectivos el personal administrativo para la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica.

En el apartado económico esta eventualidad ha requerido un complemento de productividad variable para repartir entre los distintos servicios.

Es preciso destacar que la práctica totalidad de los hospitales han desarrollado tradicionalmente actividad quirúrgica extraordinaria, consolidada según las características individuales de los Centros de la Comunidad.

En este sentido, y aprovechando el impulso que desde la Consejería de Sanidad se ofrece el hospital modula sus esfuerzos para conseguir mejores resultados. Dentro del marco global del hospital se establece el desarrollo de un plan adaptado al centro para reducir las listas de espera quirúrgica.

Con la participación activa de los profesionales, el hospital se compromete a desarrollar, ejecutar y cumplir los objetivos del Plan Integral de la Espera Quirúrgica, especialmente en las actuaciones sobre la oferta y la demanda quirúrgica y la Lista de Espera Quirúrgica, sin descuidar la atención de calidad.

Estas acciones serán evaluadas periódicamente recogiendo las actuaciones programadas de diseño de protocolo de evaluación, selección de indicadores, identificación de áreas de mejora, etc (148).

La idoneidad de los indicadores que hemos utilizado están basados en su utilidad, la representación clara del concepto que deseábamos conocer y estar suficientemente definidos para que los resultados pudieran compararse en el tiempo. Este planteamiento nos sirvió para tomar decisiones y poder comunicar el indicador a las personas involucradas en el área, actividad o proceso. Además el sistema de información hospitalario HP-His, permitía la adecuada periodicidad para la obtención del indicador (149).

En base a estas premisas escogimos los indicadores de significado claro, para poder establecer las metas propuestas. Al mismo tiempo evitamos perder de vista los objetivos del proyecto y usar más indicadores de los necesarios (150).

En el mes de febrero de 2004 se crea una Comisión Técnica de Gestión y Seguimiento de Lista de Espera Quirúrgica en la que participan los siguientes miembros:

El Gerente (presidente), el director médico, los jefes y coordinadores de todos los servicios quirúrgicos existentes en el Centro (anestesiología y reanimación, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía ortopédica y traumatológica, dermatología médico-quirúrgica y venereología, oftalmología, otorrinolaringología y urología), el jefe del servicio de admisión y documentación clínica, la directora de enfermería y el director de gestión.

Dentro de sus funciones están: a) asesorar a la gerencia del Hospital en la elaboración del plan de actuación de listas de espera, b) evaluar el cumplimiento de la actividad quirúrgica establecida y proponer medidas para optimizar el rendimiento quirúrgico, c) seguimiento del cumplimiento de demora máxima, d) seguimiento del uso de criterios de indicación quirúrgica y prioridad clínica y e) propuesta de criterios de compensación económica al personal implicado en el plan de listas de Espera, según directrices fijadas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La Consejería de Sanidad consciente de la necesidad de contribuir a la reducción de la lista de espera, dota a los hospitales con 113 millones de euros a distribuir en dos años, para que a finales del 2005 ninguna persona espere más de 30 días para ser operada. Siguiendo este Plan Integral de Reducción de Listas de Espera se adoptaron conforme a las líneas generales establecidas, medidas específicas que se implantaron en nuestro hospital. En orden a esta disponibilidad económica se contrató personal administrativo para el área de admisión y retribuciones complementarias para el personal participante en la mejora del rendimiento quirúrgico en concepto de productividad variable (151).

Todos los recursos necesarios para llevar a cabo este programa (consultas externas, pruebas diagnósticas, quirófanos, etc) están localizados tanto en el propio hospital como en los seis centros de especialidades que dependen de la misma estructura, CEPs de Vicente Soldevilla, Hermanos Sangro, Montes de Barbanza, Moratalaz, Federica Montseny y Arganda.

El trabajo que presentamos, con un estudio prospectivo de resultados tras la mejora de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Virgen de la Torre, comparando con la actividad del Hospital antes de avanzar en este procedimiento está relacionado con la necesidad de alcanzar objetivos de calidad y rendimiento en los márgenes que establece la política sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y

trasladarla dentro de este marco a las características estructurales del hospital Virgen de la Torre.

El trabajo, por tanto, pretende colocar un escalón más a la incentivación del uso de esta técnica de cirugía sin ingreso, que permite añadir valor a la actividad asistencial dejando espacio físico y oportunidad económica para que sea ocupada por otra actividad determinada en cada momento y lugar.

## **7. CONCLUSIONES**

Al valorar los resultados del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del año 2004, habiendo implicado activamente a los médicos y utilizando los indicadores pertinentes, hemos obtenido respecto al año 2003 los siguientes resultados:

- 1.- Se han reducido las listas de espera en 12 días y también el número total de pacientes en espera de ser intervenidos, 439 menos que el año anterior, que fue de 1.589 pacientes.
- 2.- En menos de un año se ha incrementado el número de intervenciones programadas con ingreso en 103, y también han aumentado las intervenciones ambulatorias en 667 pacientes.
- 3.- Se ha conseguido aumentar el número de sesiones quirúrgicas, 97 más que el año anterior, manteniendo el mismo número de intervenciones por sesión.
- 4.- Todas las especialidades quirúrgicas consiguen reducir el número de pacientes de su lista de espera.
- 5.- La suspensión de intervenciones quirúrgicas en CMA ha sido del 15,3%, y en Cirugía Menor del 9,9%, siendo el principal motivo la incomparecencia del paciente, (49,3% de los casos en CMA y 66% en Cirugía Menor).
- 6.- El peso medio de las altas totales de la hospitalización se ha elevado 0,36% y en general ha aumentado el peso de la actividad global de la hospitalización.
- 7.- Se ha incrementado el Índice de Sustitución Quirúrgico en un 2%, situándose en el 52%.
- 8.- Se han reducido las complicaciones locales y los reingresos un 36% y también se han reducido las reclamaciones un 67%.
- 9.- En nuestro estudio, la satisfacción de los pacientes no se ha visto mermada con CMA, mejorando de forma significativa a la pregunta de si se le ha atendido con más rapidez o si cree que el personal está más preparado para realizar su trabajo.
- 10.- En el capítulo económico hemos reducido el coste unitario medio de las intervenciones ambulatorias un 27% (123 euros), de forma que cada intervención ha pasado de costar 451 euros a 328 euros.

## **8. BIBLIOGRAFIA**

1. Detmer D.E., Buchanan D.J. Ambulatory surgery. *Clínics of North America* 1982; 62: 685-705.
2. Chilson J.J., The rational method of treating cataract patients to the exclusion of compresses bandages and dark rooms. *American Journal of Ophthalmology*. 1886; 3:135-140.
3. Nicoll J.H., The surgery of infancy. *British Medical Journal*. 1909; 2:823.
4. Colomer J., Unidad de cirugía sin ingreso: nuevas perspectivas de la cirugía ambulatoria. *Acta Chirurgica Cataloniae*. 1992, 13:37-41.
5. Reis E., *Journal of the American Medical Association*. 1899; 33:454.
6. Anestesiología Mexicana en Internet. <http://www.anestesia.com/Mx/articulo/laparost.html>. 5-09-2007.
7. Dailey F. W., cataract operations performed on patients in their own beds. *J. Iowa Medicine Society*. 1928; 18: 8-10.
8. Herzfeld G., Hernia in infancy. *American Journal of Surgery*. 1938; 39:422-428.
9. Christy N.E., Effect of early ambulation on the incidence of postoperative complications of cataract surgery. *American Journal of Ophthalmology*. 1960; 49:293-297.
10. Delathouver CL., Ambulatory Surgery: A worldwide concern. Bruselas: programme abstracts 1<sup>st</sup> international and 3<sup>rd</sup> European Congress on Ambulatory Surgery, 1995.
11. Matson t., Hospital strategy in the 1990's National Congress on Ambulatory Surgery. Barcelona, 1992; 31-45.
12. Moxley J., Roeder P., New opportunities for out-of-hospital health services. *New England Journal of Medicine*. 1984; 310:193-197.
13. Dawson B., Reed W. A., Anaesthesia for adult surgical out-patient. *Canadian Anaesthetists Society Journal*. 1980; 27:409-411.
14. Burn JM., A Blueprizint for day surgery anaesthesia 1979; 34:790-805.
15. Commission of the provision of surgical services. Guidelines for Day Care Surgery. Royal College of Surgeons of England. 1985.
16. Eiseman, E. La chirurgie ambulatoire aux USA limites et perversion. 91 Congreso Francés de Cirugía. Conferencia 310/89. París 1989.
17. The Matson., Restructuring for Ambulatory Care. American Hospital Publishing in 1990. USA.
18. Grenberg C. P., Practical, cost-effective regional anesthesia 1995; 7:614-621.



19. Orkin F.K. Economic and regulatory issues. En: PE White (Ed) Outpatient anaesthesia. New York: Churchill Livingstone. 1990; 87-106.
20. OGG T.W., An Assesment of postoperative outpatient cases. British Medical Journal. 1972; 4:573-576.
21. Zegelman N., Ambulatory Pacemaker Surgery-Medical and Economical advantages. 1986; 9:1299-1303
22. Gianaroli L., Italian Association for Private Free Standing Units: 1995 experience and results. 2nd International Congress on Ambulatory Surgery in Public Hospital in France ? 2nd International Congress on Ambulatory surgery.
23. De Lathouwer C., How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends? Ambulatory Surgery, 1998; 191-210.
24. Pi Siques F., Cirugía General sin Ingreso. Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria. Barcelona 1992; 103-105.
25. Gutiérrez R., Enfermería y CMA. Ed. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2000. Vol.. 5. Núm. 4.
26. Raich M., Cirugía Mayor Ambulatoria: un beneficio para todos. Ed. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2001. Vol. 6. Núm 1.
27. Rivera Gutierrez J., Seis años de experiencia en CMA. Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria. Barcelona 1992; 108-111.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
29. Jiménez A., Aspectos clínicos y organizativos de la Cirugía Mayor Ambulatoria. El Médico 2000; 64-70.
30. Casas M., Cirugía Ambulatoria: impacto potencial en los hospitales. Cirugía Ambulatoria. Barcelona 1992; 67-72.
31. Bricknell M.C., Experience of day-case ent surgery in a military hospital J.R. Army Medical Corps. 1994; feb. 140 (1) 18-21.
32. Edwards N., The implications of day surgery for in-patient hospital wards. Nurs Times. 1996. sep 11-17. 92 (37): 32-4.
33. Sabiano M.S. Evaluation of costs in surgery of inquinal hernia. Day surgery and one day surgery versus ordinary admission. Annali Italiani di Chirurgia sep-oct, 1966 (5): 615-9.
34. Way J. C., Establisment and cost analysis of an office surgical suite. Journal Surgery 1996; oct 39 (5): 379-83.

35. Rodríguez Armijo. Cirugía Bucal Ambulatoria. Archivos de odontoestomatología, 1998; vól. 14, núm. 4 abril.
36. Sicard,G. Cirugía Mayor Ambulatoria, su efecto en la cirugía del siglo XXI. En Villacorta, J. Cirugía Mayor Ambulatoria. Fundación Rich. 1996; 33-36.
37. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía Ambulatoria: estudio piloto. Cirugía Española 1988; 44:865-74.
38. Raich Brufau, M., Cirugía Mayor Ambulatoria: un beneficio para todos. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2001; 6:9-10.
39. Colomer, J. Creación y desarrollo de una unidad de cirugía sin ingreso (UCSI). En Villacorta, J. Cirugía Mayor Ambulatoria. Fundación Rich. 1996; 27-31.
40. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. Cirugía Española 2001; 69:337-9.
41. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Complejo Hospitalario de Toledo. Un Año de Resultados. INSALUD. 1994.
42. Villacorta, J., Ferreres J., Cirugía Mayor Ambulatoria. Fundación Rich. Madrid 1996.
43. Porrero JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. Cirugía Española 2000; 68:1-2.
44. Vila-Blanco, J. Desarrollo e implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del INSALUD. Cirugía Española 2004; 76(3): 177-83.
45. Benatar-Haserfaty, J., Puig Flores, J.A. Anestesia locorregional en oftalmología: una puesta al día. Revista Española de Anestesiología 2003; 50: 284-294.
46. López-Álvarez S., Bonome González C., Repercusión en la recuperación postanestésica de propofol frente a desflurano asociados a remifentanilo en cirugía ambulatoria. Revista Española de Anestesiología y Reanimación 2001; 48: 370-374.
47. Rivera, J. y Giner M. Cirugía Ambulatoria: estudio piloto. Cirugía Española 1988. Vol XLIV. Núm. 6.
48. Cirugía Mayor Ambulatoria: Un beneficio para todos. Ed. Asecma. En Cirugía Mayor Ambulatoria. 2001; vol. 6 / núm 1.
49. Cirugía Mayor Ambulatoria en cirugía pediátrica: avanzando en el siglo XXI. Ed. Asecma. 2.002; Vól. 7 / núm. 1.
50. Montoya I., Repercusiones psicológicas de la Cirugía Pediátrica Ambulatoria en el paciente y su familia. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. 2002.

51. INSALUD. Plan estratégico. El libro azul. Madrid, 1998.
52. Domínguez-Adame, E. Cirugía Mayor Ambulatoria: necesidad de uniformizar criterios y conceptos. Cirugía Española. 2001; 69: 630-631.
53. Davies F et al. Audit of day case maxilofacial surgery: a pilot assesment. Ambulatory Surgery 1993; 1: 179-182.
54. Colomer J., Cirugía Ambulatoria de la teoría a la práctica. Todo Hospital 101 nov. 1993; 41-48.
55. C. Sánchez-Cabezudo. Diseño y estructuras de las unidades de CMA. Cirugía Mayor Ambulatoria 1998. Vol. 3 (3): 195-198.
56. American Collage of Surgenos. Statement on ambulatory surgery. 1981; Bulletin; 85-88.
57. Rigg J.R.A., Pediatric outpatient surgery Ander general anaesthesia. Anaesthesia Intensive Care 1980; 8: 451-453.
58. Postuma R., Day-Care Surgery: a 30-year hospital experience. Journal of Pediatric Surgery, 987; 22: 304-307.
59. De Diego, E. Boletin de la sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castillas y León. 2001; 41: 83-90.
60. Junquera L.M., Cirugía Ambulatoria y Maxilofacial. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 1994; 16.3 (173-178).
61. Ruckey C.V., Tean approach to early discharge and outpatiend surgery. Lancet 1971; 23: 177-180.
62. Sabiano M.S. Evaluation of costs in surgery of inquinal hernia. Day surgery and one day surgery versus ordinary admission. Annali Italiani di Chirurgia. 1996; sep-oct, 67 (5): 615-9.
63. Way J. C., Establishment and cost analysis of an office surgical suite. Journal Surgery 1996; oct 39 (5): 379-83.
64. Herzfeld G., Hernia in infancy. American Journal Surgery. 1938; 39: 422-428.
65. Simpson J.E.P. Cuidados quirúrgicos de día. British Journal Hospital. Med (ed. esp.) 1977; 4: 1724-1731
66. O'Sullivan E.D., The Efficacy of comprehesive dental case for children under general anaesthesia. British Dental Journal. 1991; 171: 56-58.
67. Otte DI. Patients perspectives end experiences of dacases. Jadu Nurs 1996; jun. 23 (6): 1228-37.

68. White P. F., Díez Rodríguez Labajo A. Ambulatory anaesthesia and surgery: past, present and future. *Maphe Medicien* 1996; 17: 1-13.
69. Elliot D.L., Medical considerations in Ambulatory Surgery Clinics *Plastic Surgery* 1983; 10:295-308. (89,90,91)
70. Heneghan C., Morbidity after outpatient anaesthesia. A composition of two techniques of endotracheal anaesthesia for dental surgery. *Anaesthesia* 1981; 38:4-9.
71. Routh G.S., Day care surgery under general anaesthesia in a purpose built unit. *Anaesthesia* 1979; 34: 809-811.
72. OGG TW., Implications of day-case surgery and anaesthesia. *British Medical Journal*; 19: 212-214.
73. Meridy H.W. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management: A retrospective study of 153 cases. *Anesthesia & Analgesia*. 1982; 61: 921-926.
74. Serrano P., Patrón de utilización de pruebas preoperatorias en una población sana y asintomática de Canarias. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2001; 48: 307-313.
75. Vilarasau J., Encuesta sobre la valoración preoperatoria en los centros quirúrgicos catalanes (I). ¿Cuál es la práctica preoperatoria? *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2001; 48: 4-10.
76. Temes J.L., *Gestión Hospitalaria*. McGraw-Hill. Cuarta edición. 2007; 24: 433-438.
77. García F., Pancorbo P., Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de lo usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica*, 2000; 11(4): 18-26
78. García F., Pancorbo P., Satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales. *Enfermería Clínica*, 2002 ; 12 (5): 201-9.
79. De la Pinta, JC. Análisis de la actividad de una unidad de CMA. *Indicadores de Calidad*. Editorial. *Cirugía Mayor Ambulatoria* 2003; Vol. 8 (3): 129-130.
80. Ramón, C. Mejora del proceso quirúrgico ambulatorio. Ed. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2001; Vol. 6 (2): 69-70.
81. Asenjo, M.A., Reflexiones de una década decisiva en la gestión hospitalaria española. Puntex. 2002. Colección *Todo Hospital* – nº 1. 1983; 17: 131-140.
82. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 1966; 44:166-206.
83. Del Llano, J. Los sistemas de información sanitaria como principal reto para la

cohesión del SNSE. 2006. Pág. 21.

84. García, M. Análisis descriptivo del gasto sanitario español: evolución, desglose, comparativa internacional y relación con la renta. Papeles de trabajo del instituto de estudios fiscales. 1996. Pág. 16.

85. Ryan J.A., Outpatient inguinal herniorrhaphy with bouth regional and local anestesia. American Journal of Surgery 1984; 148: 313-316.

86. Ruckley C.V. Day care and short stay surgery for hernia. British Journal of Surgery. 1978; 65: 1-4.

87. Sarabia J. Análisis económico de la “hospitalización a domicilio” y su comparación con los costes hospitalarios. Revista de la Seguridad Social.

88. Navarro, L., González, M., Gestión de Instituciones Sanitarias. Ed. Mira. 1.996; 181-192.

89. Bohigas, Ll., Contabilidad, contratación de servicios, control de gestión y cuadro de mando. En: Asenjo M.A., Gestión Diaria del Hospital. Ed. Masson, S.A. 2001; 361-376.

90. Barea J., Contabilidad de Gestión 14. La contabilidad de gestión en los centros sanitarios. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. 1997.

91. Análisis de los costes por proceso en los hospitales del INSALUD. Instituto Nacional de la Salud. 1.998. Subdirección de Coordinación Administrativa 2000.

92. Resultados de la Gestión Analítica en los hospitales del INSALUD. GECLIF, 2000. Instituto Nacional de la Salud, 2001.

93. Vila y Blanco J.M., Gestión de costes mediante la implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. 2002; Vol. 7. Número 2.

94. Flores, B. Índice de Sustitución como indicador de calidad en cirugía mayor ambulatoria. Evolución anual en un servicio de cirugía. Revista de Calidad Asistencial 2002; 17(1): 350-2.

95. Del Vas, A. El control de calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria 2001; Vol. 6. (1): 14-20.

96. Darpon, Jon. Homogeneización de indicadores del sistema de información de atención especializada. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. 2002.

97. Jiménez A, et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Española 2004; 76(5): 325-330.

98. Bernal, E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?. Gaceta Sanitaria. 2002; 16(5): 436-9.

99. Esarte JM, Cebollero MP. Alternativa a las vías clínicas para la gestión de la calidad

asistencial. *Gestión Hospitalaria* 1999; 10: 16-26.

100. Moral L, Alonso M. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en España. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2002.

101. Quecedo, L. Vías clínicas en cirugía mayor ambulatoria. Editoriales. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2003; 65:67.

102. Ramos, M. ¿Hay un límite de distancia para seleccionar los pacientes que van a ser operados en régimen ambulatorio?. *Cirugía Mayor Ambulatoria* 2001; Vol. 6 (2): 86-89.

103. Errasti, F. Principios de Gestión Sanitaria. Ed. Díaz de Santos. 1997.

104. Aguayo, J.L. Cirugía Mayor Ambulatoria: un éxito del sistema. *Revista Calidad Asistencial* 2003; 18(5): 261-2.

105. Papaceit J, et al. Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria españolas. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17(5): 384-92.

106. Marques, J.A. Variabilidad en la práctica clínica. Disponibilidad de recursos y utilización de procedimientos quirúrgicos. *Gestión Hospitalaria* 2001; 12(4):196-201.

107. Asenjo, M.A. Las claves de la gestión hospitalaria. *Gestión* 2000. 2ª Ed. 2002.

108. Asenjo M.A., Reflexiones de una década decisiva en la gestión hospitalaria española. Colección Todo Hospital. 2004. Nº 1.

109. Ramón, C. Mejora del proceso quirúrgico ambulatorio. Ed. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2001; Vol 6 (2): 69-70.

110. INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de Información (CMBD).

111. Ferrer Valls JV. La ambulatorización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos terapéuticos invasivos como motor de la modernización de los hospitales. ED Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria . Valenciana, 2002; 30-37.

112. Vila, JM. Gestión de costes mediante la implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria* 2002; 6: 66-72.

113. Varó J. Gestión de la calidad. La calidad en la atención sanitaria. Conceptos básicos. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. 1ª ed. Madrid: MSD, 1997; 189-218.

114. Chirveches, E. Análisis y valoración de los pacientes intervenidos por cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria* 2000; Vol. 5 (2): 66-70.

115. Colomer, J. et al. Índices de sustitución en cirugía mayor ambulatoria: medir,

contar y comparar. Gaceta Sanitaria 2001; 15(6): 523-526.

116. Buch E., Cartas al director. Cirugía Mayor Ambulatoria 2004; Vol. 9 (1): 45-46.

117. Martín López, M.A. et al. ¿Qué piensan los pacientes de la anestesia?. Encuesta de satisfacción postoperatoria en cirugía ambulatoria comparando anestesia general y subaracnoidea. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2003; 50:439-443.

118. De la Pinta, JC. Análisis de la actividad de una unidad de CMA. Indicadores de calidad. Ed. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2003; Vol. 8 (3): 129-130.

119. World Health Organization, Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhagen: OMS 1985. (Euro Reports and Studies Series: nº 94).

120. Donabedian, A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). Control de Calidad Asistencial 1991; 6 (2): 31-39.

121. Christoffel, T.J.D., Medical care evaluation: an old new idea. Journal of Medical Education 1976; 15: 83-88.

122. Greene, R., Assuring quality in medical care. The state of the art. Cambridge, Mass: Ballinger, 1976.

123. Jonas, S., Quality control of ambulatory care. A task for health department. New York: Springer, 1977.

124. Sheps, M. C., Approaches to the quality of hospital care. Public Health Reports 1955; 9: 877-886.

125. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

126. Vuori, H. V., El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson, 1988.

127. Service Evaluation Hospitaliere. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. París: Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, 1994.

128. De Geyndt, W., Five approaches for assessing the quality of care. Hospital Administration 1970; 15: 21-42.

129. Weed, L. L., Quality control. En: Hurst, J. W., y Walker, H. K., (eds.) Applying the problem-oriented system. New York: Medcom Press, 1973.

130. Juran, J. M., Juran y la planificación para la calidad. Barcelona. Díaz de Santos. 1990.

131. Mintzberg, H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona. Ariel, 1988.

- Varo, J. La planificación de la calidad en el Hospital. *Todo Hospital* 1992. 84: 63-66.
132. Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Torre, 1999-2002.
133. Sueiras A., Gestión Clínica de la lista de espera en un servicio de la cirugía general. *Cirugía Española* 2002; 71(3): 129-132.
134. Vila J., Gestión de la lista de espera y de la actividad de los servicios quirúrgicos. *Cirugía Española* 2003; 7(1): 15-22.
135. Peiró S., Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2000, Vól. 2, nº 4: 126-131.
136. Whaley, L.F. Reacción del niño a las enfermedades y a la hospitalización. *Tratado de Enfermería Pediátrica*. McGraw-Hill Interamericana de España. 2ª ed. 1989; vol. 2, 6, 482-513.
137. Campbell, I.R. Psychological effects of day case surgery compared with inpatient surgery. *Archives of Disease Child*, 1988; 63, 415-417.
138. Voepel, L. Parent perceptions of pediatric ambulatory surgery: using family feedback for program evaluation. *Journal of Post Anesthesia Nursing*. 1992; 7(2), 105-114.
139. Ellerton, M.L. Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 1994; 19(6), 1057-1062.
140. Lynch, M. Preparing children for day surgery. *Children's Health Care*. 1994; 23(2), 75-85.
141. Maligalig, R.M.L. Parent's perceptions of the stressors of pediatric ambulatory surgery. *Journal of Post Anesthesia Nursing*. 1994; 9(5), 278-282.
142. Zuckerberg, A.L. Preparación perioperatoria. En R.C. Wetzel, *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. Ed. McGraw-Hill. Nueva Editorial Interamericana. 1994; vol. 1. 17-33.
143. Kokinsky, E. Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. *Paediatric Anaesthesia*. 1999; 9(3), 243-251.
144. Lander, J. Supporting the parents of children in day surgery. *Canadian Nurse*. 1999; 29-33.
145. Meursing, A.E.E. Anaesthesia for day care surgery, patient selection, evaluation, preoperative preparation and selection of drugs. *Acta anaesthesiologica Belgica*. 1999; 50(1), 29-34.
146. Rivera Gutiérrez, J. La cirugía mayor ambulatoria en el tránsito hacia el siglo XXI. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 1999; 4(2), 361-362.



- 147 Domínguez-Adame, E. Cirugía Ambulatoria: necesidad de uniformar criterios y conceptos. *Cirugía Española*. 2001; 69(6), 630-631.
148. Plan de Evaluación Sanitaria 2004. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Comunidad de Madrid.
149. Guía para la implementación de indicadores, asociada a los sistemas de gestión de calidad. Norma española AENOR 66175.
150. Cuellar, L. Los indicadores de Gestión como herramienta de dirección en la pequeña y mediana empresa. *GestiónPolis.com* 23/03/2007.
151. Balance de un año de gestión de la consejería de Sanidad y Consumo, nov. 2003-nov. 2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

## **9. ANEXOS**

## **ANEXO I**

## LEGISLACIÓN

La Constitución Española, aprobada por el pueblo el 6 de diciembre de 1978, menciona a la salud y la seguridad social en diversos artículos. El artículo 41 admite la prestación universal de la seguridad social cuando dice que “los poderes públicos mantendrán el régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y las prestaciones sociales suficientes ante las situaciones de necesidad y especialmente en casos de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”. El artículo 43 reconoce el derecho de protección de la salud y señala que compete a los poderes públicos el organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. El artículo 49 se ocupa del reconocimiento del derecho de los minusválidos, disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos. Según el artículo 137 el estado se organiza territorialmente en municipios, provincias y Comunidades Autónomas. El artículo 149 indica como exclusivas del Estado las competencias en sanidad exterior, promulgación de bases y coordinación general de la sanidad interior y legislación sobre medicamentos. Asimismo, el artículo 17 le atribuye competencias sobre legislación básica y régimen económico de la seguridad social, mientras que la ejecución de sus servicios lo es de las Comunidades Autónomas. Para éstas reserva otras competencias el artículo 148, respecto a la protección del medio ambiente, asistencia social (apartado 20) y sanidad e higiene (apartado 21).

La ley Orgánica de 14 de abril de 1986 dicta medidas especiales en materia de salud pública, para intervenir en situaciones de crisis sanitarias. La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril (BOE del 29) plantea un nuevo orden de la sanidad. Se extiende en 7 títulos con 113 artículos, 10 disposiciones adicionales, 5 transitorias y 15 finales.

Plantea un modelo sanitario público, socializado y jerarquizado a partir del modelo autonómico. Nacida tras un prolongado debate en la efervescencia política se atiene más a la gestión política que a la profesional. Tras prometer la protección de la salud de todos los ciudadanos, propugna la prestación de la asistencia de forma integrada, dentro de un modelo que pivota sobre la atención primaria de la salud y que se financia a expensas de las aportaciones de los organismos públicos, de las cotizaciones de la seguridad social y de tasas por prestación de ciertos servicios. La financiación pública sería la del Estado, la de las Comunidades autónomas y la de las Corporaciones locales. El Estado la proporcionaría como participación en el sostenimiento de la seguridad social, compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la seguridad social a personas sin recursos y por la integración, en su caso, de los hospitales de las corporaciones locales. La ley crea un sistema nacional de salud, como conjunto integrado de todos los centros y servicios de la Administración del Estado y de los servicios regionales de Salud de cada Comunidad Autónoma, lo que conlleva la integración de todos los recursos sanitarios en un dispositivo único. Todo el Sistema Nacional es coordinado por un Consejo de Salud y proyectado según un Plan de Salud sobre una organización territorial planificada (mapas sanitarios) y dos niveles asistenciales (de atención primaria y de atención especializada). El Estatuto Marco define las relaciones del personal que sirve al sistema nacional de salud. Como órgano de apoyo técnico de las administraciones públicas se crea el Instituto de Salud Carlos III. (1,2)

1. Vaquero, J.L. Manual de Medicina Preventiva y Salud Pública. Ed. Pirámide, S.A. 1992.
2. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. B.O.E. núm. 102, de 29 de Abril.

Dentro del derecho a la salud, organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, el 15 de Abril de 1987 (Real Decreto 521/1987), se aprueba el reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud, en la que se establecen las bases de funcionamiento de los órganos de participación y asesoramiento a la dirección del hospital. Los artículos más relevantes corresponden al número 21, la Junta-Técnico Asistencial, que tendrá como funciones básicas la de informar y asesorar a la Comisión de Dirección en todas aquellas materias que incidan directamente en las actividades asistenciales del hospital, en la información de los planes anuales de necesidades y en la elaboración y propuesta a la Comisión de Dirección de acciones y programas para mejora de la organización, funcionamiento y calidad del hospital y sus servicios y unidades. El artículo 22, hace referencia a la Comisión Central de Garantía de Calidad, que es el organismo técnico de elaboración y trabajo en las áreas de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica, como Órgano de asesoramiento permanente a la Dirección Médica y a la Junta Técnico-Asistencial. Su composición será la de los presidentes de cada una de las comisiones clínicas que estén constituidas. (3,4)

La relevancia que los médicos y demás facultativos tienen en el funcionamiento ordinario de los hospitales y en la consecución de los objetivos asistenciales, hace necesaria la creación de un marco general de actuación en el que se creará la Comisión Mixta Asistencial como órgano de participación, y corresponsabilización de los facultativos. Tendrá como funciones específicas evaluar e informar a la Comisión de Dirección sobre los objetivos de actividad y mejora de la oferta de servicios acordados por la Gerencia con cada Servicio o Unidad. Establecerá criterios de incentivación según consecución de objetivos y mejora de los recursos. Propondrá planes de formación e investigación, así como medidas encaminadas a la adecuación de la política de compras y suministros del Centro. (5)

No existe una normativa específica para la cirugía sin ingreso. Sólo podemos tener referencia de ella con las pautas y recomendaciones dictadas según la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, Societat Catalana de Cirurgia y doce sociedades más en 1993.

Otro reconocimiento explícito es la Guía de Organización y Funcionamiento de CMA, que fue editada con anterioridad, en 1991.

Es importante citar la Ley de Autonomía del Paciente, Ley 41/2002 de 14 de noviembre, que pasaremos a comentar a continuación:

Ley española adaptada al Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1.997 y en vigor desde el 1 de enero de 2.000.

3. Pérez, F. Legislación Médica. CGM Servicios Empresariales. 1996. Págs. 85-92.

4. Real Decreto 521/1987, de 15 de Abril. Organización y Funcionamiento de los Hospitales Gestionados por el Instituto Nacional de Salud.

5. Resolución de la Dirección General del Insalud por la que se regula la creación, composición y funciones de la Comisión Mixta Hospitalaria. 1995.

Su ámbito de aplicación es todo el territorio nacional que tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Los principios básicos de la ley son:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientaran toda actividad informativa y de documentación clínica.
2. Toda actuación sanitaria requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.
3. El paciente o usuario puede decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento.
5. Se proclama en la ley la obligación del paciente de colaborar facilitando datos de manera leal y verdadera.
6. El profesional está obligado a informar al paciente, respetando las decisiones tomadas libre y voluntariamente.
7. Toda persona que elabore o tenga acceso a la información y documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida y el secreto profesional.

#### Consentimiento Informado

La ley es clara respecto a la titularidad del derecho a la información, es el paciente aunque también admite la posibilidad que sean informadas las personas vinculadas a él, en la medida en que el paciente lo autorice de manera expresa o tácita. Reserva al médico la facultad de no informar si existen razones objetivas que puedan perjudicar la salud de manera grave.

#### Historia Clínica

La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, siempre que se trate de información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud.

El archivo se efectuará en cualquier tipo de soporte pero quedando garantizada su seguridad, conservación y recuperación de la información.

El contenido mínimo será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.

- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta.

La historia clínica es un instrumento destinado a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Exceptuando los supuestos de investigación de la autoridad judicial, el acceso a la historia clínica se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de carácter personal, y en la Ley 14/1.986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso.

El paciente tiene derecho de acceso a copia de información que figure en ella, con reservas en anotaciones subjetivas de los profesionales. Este derecho puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

En todos los supuestos la norma determina que quién acceda a los datos queda sujeto al deber de secreto. La persona que vulnere el derecho a la intimidad será responsable civil o penalmente. El quebrantamiento del deber profesional de sigilo o reserva se castiga con prisión por tiempo de hasta cuatro años e inhabilitación especial de hasta seis años. (6,7)

6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

7. Sánchez J., El jefe del servicio ante el derecho. En: Claves para la gestión clínica. Ed. Mc Graw Hill. 2004; 126-151.

## **ANEXO II**



## DEFINICIONES DE INTERÉS

Ambulatorio, prestación de cuidados de salud sin hospitalización.

Alta Hospitalaria, paciente que estando previamente ingresado, desocupa la cama que tenía asignada en el Centro, concluyendo el periodo de internamiento hospitalario.

Asignación de Recursos, Proceso en el que se distribuyen los recursos o factores productivos entre las diferentes ocupaciones o empleos a fin de obtener un determinado conjunto de productos. Es óptima cuando se produce mejor reparto posible del potencial de producción (recursos humanos, materias primas y equipamiento). Una mejor utilización entre todas las alternativas posibles.

Balance Económico Asistencial, estado que expresa la situación asistencial y financiera con un criterio de ordenación y en un periodo determinado.

Calidad Total, conjunto de actividades llevadas a cabo por lo que un producto, o bien servicio asegure la satisfacción, de forma amplia, de las necesidades del consumidor.

Case-mix, procedimiento de agrupación de procesos y/o pacientes, atendiendo a características comunes, en ocasiones intentando compaginar varias de ellas, vinculando el funcionamiento asistencial y el económico; sistemas orientados al procedimiento de pago por proceso. Las variables clasificatorias se tratan según el informe de alta (Diagnostics Related Groups o GRDs) o bien combinando el informe al alta con el diagnóstico ICD-9-CM.

Camas Instaladas, todas las camas que constituyen la dotación fija del centro aunque no estén en servicio.

Camas Funcionantes, todas las camas que están en servicio y en condiciones de utilizar.

Coste, gasto o sacrificio de un activo en el que se incurre como consecuencia de la producción de un bien o de la prestación de un servicio, normalmente, aunque no necesariamente, valorable en términos económicos.

Demora Media, es la media de los tiempos de espera del conjunto de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica.

Espera Media, es el promedio de días que transcurren desde la fecha de ingreso en el servicio quirúrgico que realiza la intervención, hasta la fecha de dicha intervención.

Estancia, periodo de tiempo durante el que se proporcionan servicios a un paciente hospitalizado entre las horas censales de dos días consecutivos. Se precisa que el paciente haya pernoctado en el hospital o efectuado al menos una de las dos comidas principales.

Estancia Media, promedio de estancias por enfermo o días que, por término medio, están ingresados los pacientes.

El Número de Estancias de un paciente, se calcula mediante la diferencia entre la fecha

del alta y la de ingreso.

Eficacia, capacidad y poder para realizar algo. Es el grado en el que una intervención, procedimiento u otros pueden originar un resultado favorable o deseable en condiciones ideales u óptimas.

Gasto, consumo de un bien o servicio con desembolso monetario.

Índice de Ocupación, porcentaje obtenido de dividir el censo medio diario de hospitalizados entre el número de camas disponibles.

Índice de Rotación, número de pacientes que rotan por una cama en un intervalo de tiempo.

Informe de Alta, documento que refleja de forma sintética todo lo que se le ha explorado, diagnosticado y tratado al paciente.

Reingreso, ingreso debido al mismo proceso que motivó otro anterior ingreso en el que el paciente había sido dado de alta por curación o mejoría.

Reclamación, queja realizada formalmente por escrito, que demanda una contestación formal por escrito, dentro de los plazos legalmente estipulados.

Legislación Sanitaria, elaboración de leyes por parte del gobierno (y las disposiciones resultantes), cuya finalidad explícita es promover y proteger la salud.

Los Sistemas de Codificación, se dispone de un sistema internacional de codificación basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, modificación clínica (CIE-9-MC o CIE-10) de la American Hospital Association (AHA) a través de la cual los diagnósticos y procedimientos recogidos en el CMBDH son codificados.

Unidad Ponderada de Asistencia, unidad de medida discrecional que mide la actividad sanitaria con referencia a una estancia hospitalaria médica convencional. Una estancia quirúrgica equivale a 1,5 U.P.A. y así se otorgan valores para las camas de UCI, Obstétricas, etc.

Unidad de Complejidad Hospitalaria, unidad de medida para el cálculo de costes en las diferentes áreas de producción hospitalarias. Es una tarifa negociada para el ajuste en la cuenta de ingresos y gastos, según el conteo total de procesos en relación al peso asignado a cada GRD. (1,2,3)

1. Olm, M. Diccionario Básico de Gestión. MGH Esade. 2000.

2. Indicadores del Sistema de Información de Atención Especializada. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. 2002.

3. Rubio, S. Glosario de Economía de la Salud. Díaz de Santos. 1995.

## **ANEXO III**

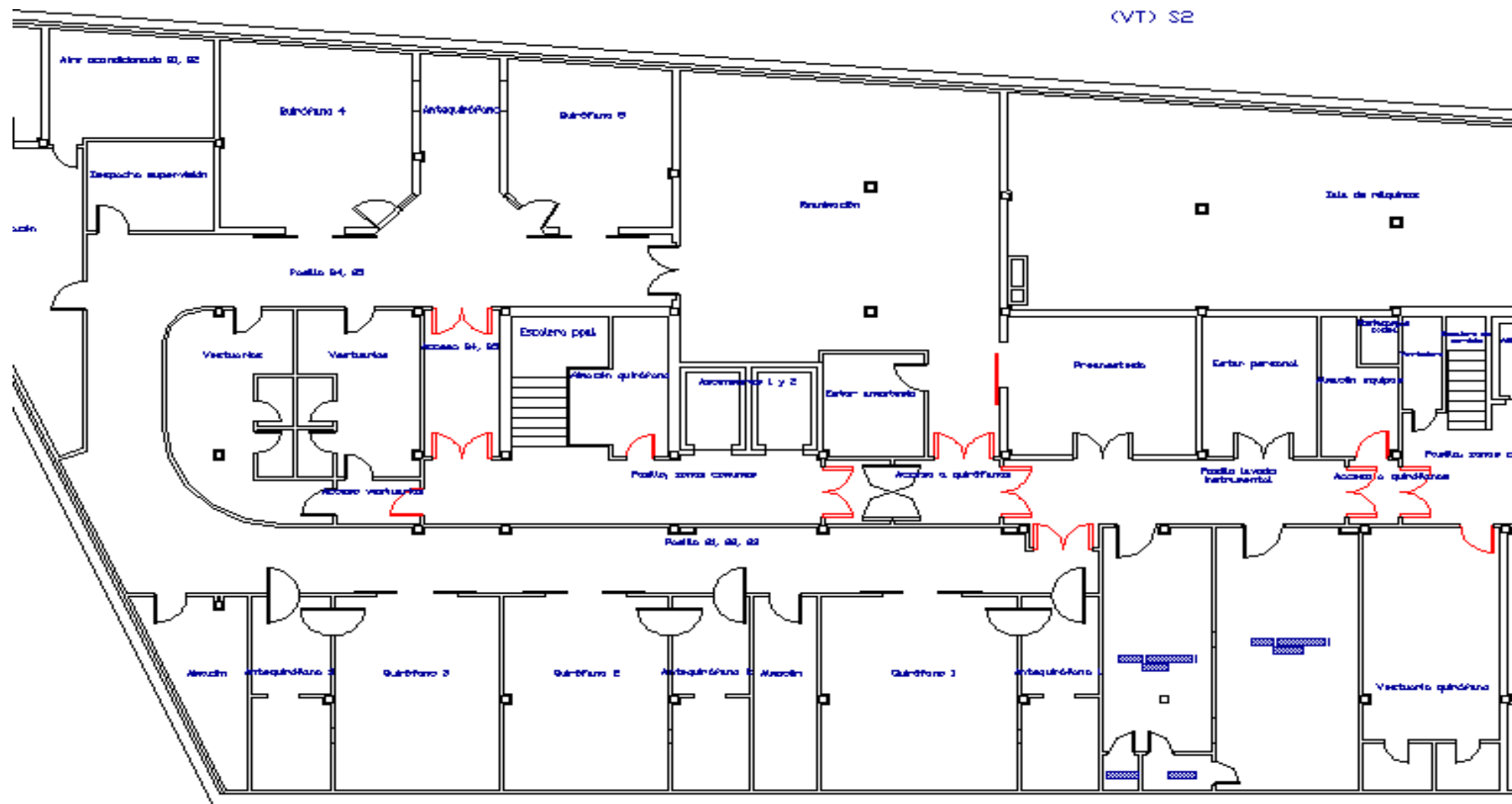
**Acceso Principal del Hospital Virgen de la Torre.**



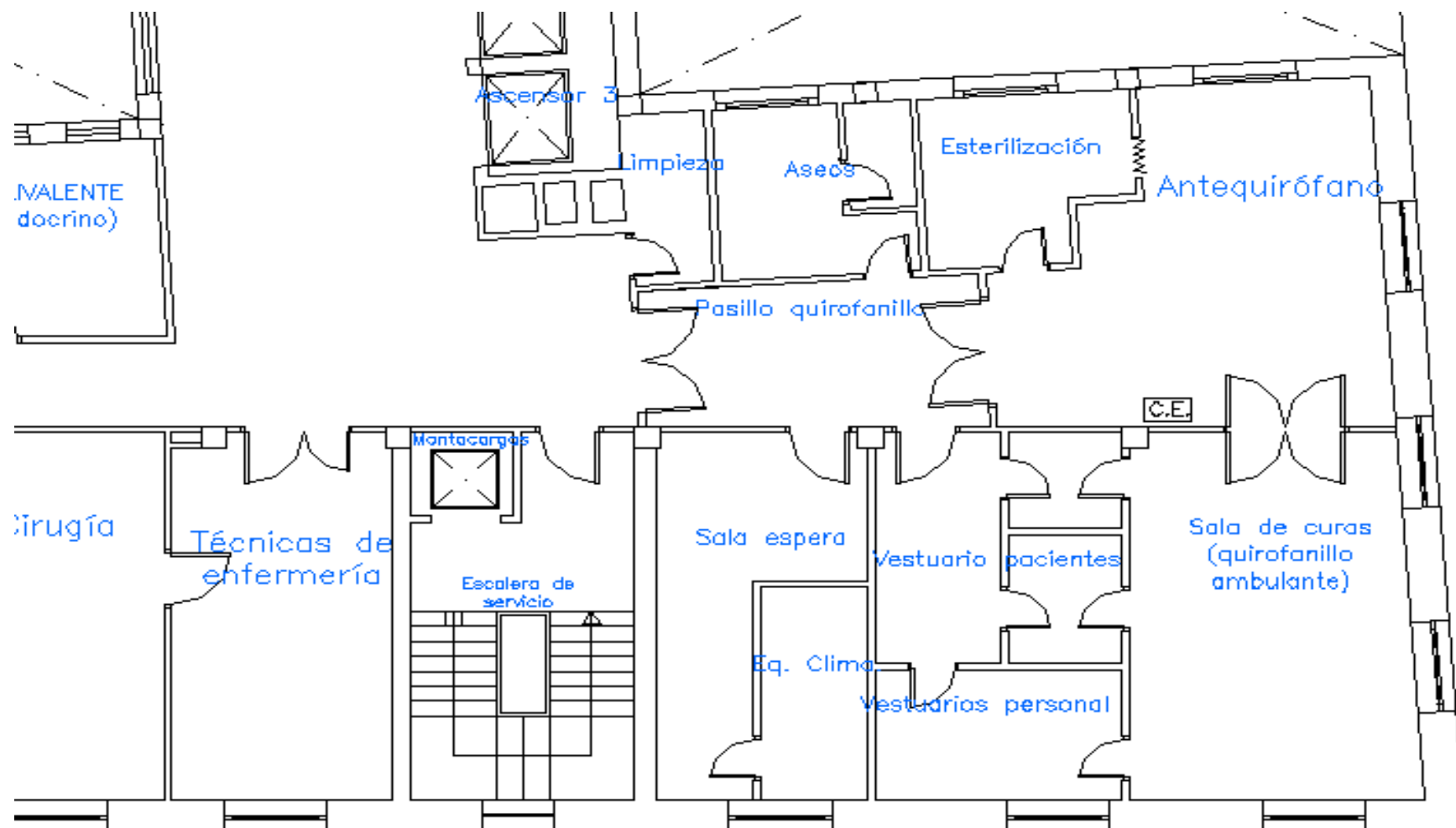
**Acceso Principal del Centro de Especialidades de Hermanos Sangro.**



### Plano de las instalaciones quirúrgicas del Hospital Virgen de la Torre.



**Plano del quirófano ambulante del Centro de Especialidades de Hermanos Sangro.**

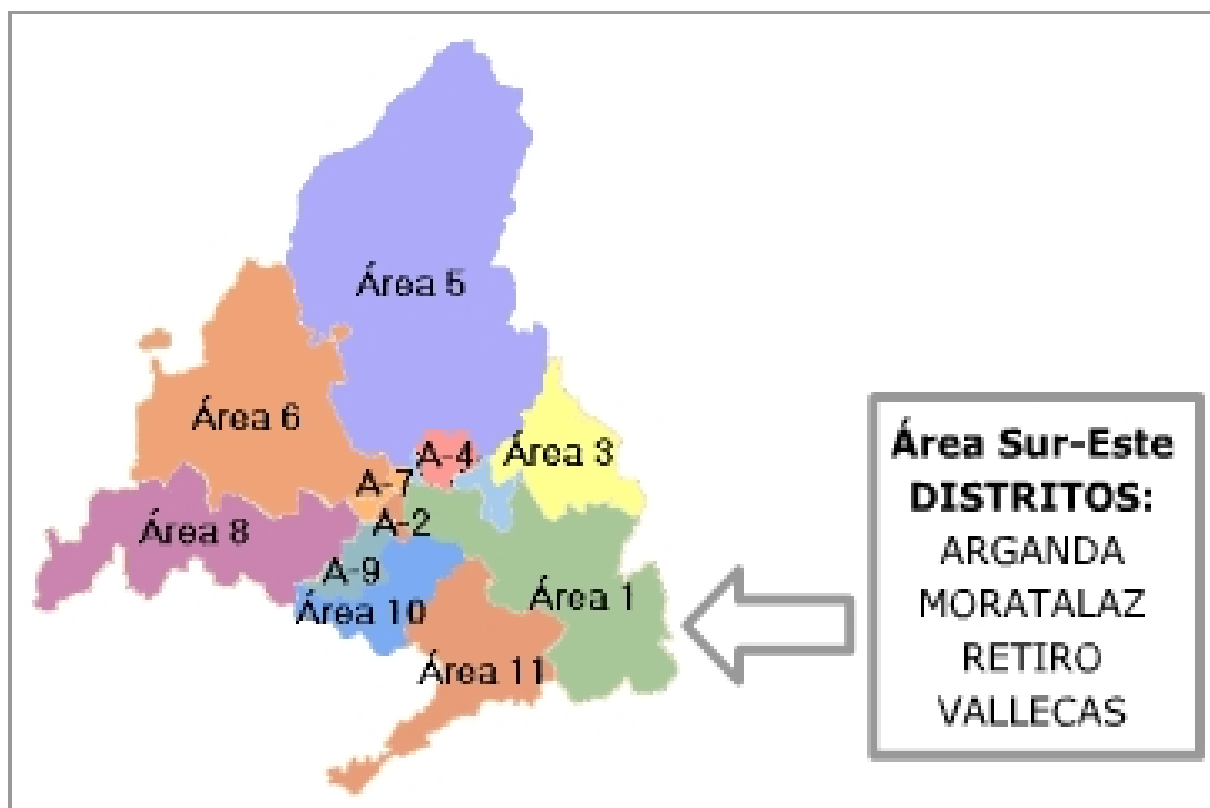


## **ANEXO IV**



## DATOS DE RECURSOS SANITARIOS

### 4.1. Mapa Sanitario por Áreas de Salud



### 4.2. Área 1 SUR-ESTE



### 4.3. Datos del Área Sanitaria

DISTRITOS	ZONAS BASICAS	MUNICIPIOS, SECCIONES CENSALES
1.1 ARGANDA	1.1.1 Villarejo de Salvanés	Belmonte de Tajo Brea de Tajo Estremera Fuentidueña de Tajo Valdaracete Villamanrique de Tajo Villarejo de Salvanés
	1.1.2 Perales de Tajuña	Carabaña Morata de Taluña Orusco Perales de Tajuña Tielmes Valdilecha
	1.1.3 Campo Real	Ambite Campo Real Loeches Nuevo Baztán Olmeda de las Fuentes Pozuelo del Rey Villar del Olmo
	1.1.4 Arganda	Arganda
	1.1.5 Rivas Vaciamadrid	Rivas Vaciamadrid
1.2 MORATALAZ	1.2.1 Vinateros-Marroquina	D14: sec. 14-21,28,29,45-49,60-78.
	1.2.2 Media Legua	D14: sec. 22-27,30-44,82-84.
	1.2.3 Fontarrón	D14: sec. 1-5,7,8,50-59 y 79.
	1.2.4 Vicálvaro-1	D19: sec. 2-3,11,12,18-31.
	1.2.5 Vicálvaro-2	D19: sec. 4-10,13.16 y 32.
	1.2.6 Vandel	D14: sec. 6,10-13,80,81 y 85.
	1.2.7 Valdebernardo	D19: sec. 1
1.3 RETIRO	1.3.1 Adelfas	D3: sec. 1, 21-30 y 92.
	1.3.2 Pacífico	D3: sec. 2-20, 73-80 y 89.
	1.3.3. Ibiza	D3: sec. 31-42,44-47,90,91, 93 y 94.
1.4 VALLECAS	1.4.1 Numancia-1	D13: sec. 182-187, 189-191 y 202.
	1.4.2 Numancia-2	D13: sec. 168-177 y 192-197.
	1.4.3 Palomeras Bajas-1	D13: sec. 41-44, 52-54, 79, 80 y 83.
	1.4.4 Palomeras Bajas-2	D13: sec 77, 78, 84-92.
	1.4.5 Palomeras Bajas-3	D13: sec. 56,57,61-69,74-76,94, 103,104 y 203-206.
	1.4.6 San Diego	D13: sec. 2-9.
	1.4.7 Entrevías-1	D13: sec. 2-9.
	1.4.8 Entrevías-2	D13: sec. 10-19 y 21-35.

1.4.9 Portazgo	D13: sec. 154-164,166,178-181,198 y 201.
1.4.10 Palomeras Sureste-1	D13: sec. 115-126,128,129,131-148 y 199.
1.4.11 Palomeras Sureste-2	D13: sec. 108-114,127,150,153 y 200.
1.4.12 Villa Vallecas-1	D18: sec. 2-25.
1.4.13 Villa Vallecas-2	D18: sec. 26-41.

#### 4.4. Área 1. Marco Físico Sanitario y Datos Demográficos

Zonas básicas de salud: 29

Distritos sanitarios: 4

Superficie: 1.142 Km<sup>2</sup>

Densidad de población: 627,96 habitantes/km<sup>2</sup>

Población de derecho 2004

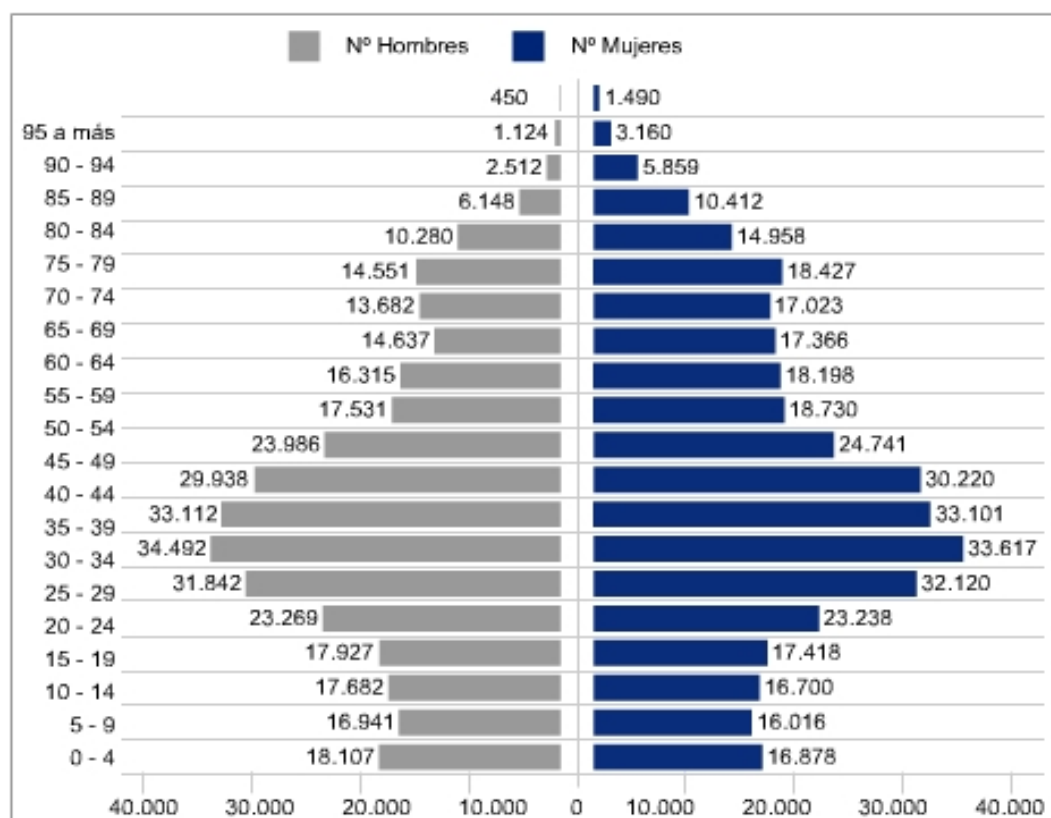
Total: 717.362

Hombres: 346.499

Mujeres: 370.827

#### 4.5. Pirámide de Población

Estructura demográfica del área 1 y sus municipios, elaborada a partir de los datos de la tarjeta sanitaria.



**4.6. Tabla 3.1. Población por distritos sanitarios. Año 2004. Área 1**

Distrito sanitario	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Distrito 1.1 Arganda	125.781	63.848	61.933
Distrito 1.2 Moratalaz	166.923	80.382	86.541
Distrito 1.3 Retiro	124.799	56.042	67.981
Distrito 1.4 Vallecas	299.265	145.451	154.372
<b>Total Área</b>	<b>717.326</b>	<b>346.499</b>	<b>370.827</b>

Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Hacienda. Instituto de Estadística. Estadística de población. 2004.

**4.7. Tabla 3.2. Evolución de la población por distritos sanitarios. Años 1986-2004. Área 1**

Distrito sanitario	1986	1991	1996	2004
Distrito 1.1 Arganda	56.868	69.288	84.526	125.781
Distrito 1.2 Moratalaz	143.443	145.737	146.792	166.923
Distrito 1.3 Retiro	128.351	127.832	120.445	124.923
Distrito 1.4 Vallecas	279.932	284.186	285.265	299.823
<b>Total Área</b>	<b>608.594</b>	<b>627.043</b>	<b>637.028</b>	<b>717.326</b>

Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Hacienda. Instituto de Estadística. Estadística de población. 2004.

**4.8. Tabla 3.3 Población por grandes grupos de edad. Año 2004. Área1**

Edad	Población	%	% Comunidad de Madrid
<b>0-14</b>	<b>104848</b>	<b>14,62</b>	<b>15,23</b>
<b>15-64</b>	<b>493631</b>	<b>68,81</b>	<b>69,4</b>
<b>65 y +</b>	<b>128847</b>	<b>17,96</b>	<b>15,37</b>
<b>Total</b>	<b>717326</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Hacienda. Instituto de Estadística. Estadística de población. 2004.

#### 4.9. Tabla 3.4 Estructura poblacional según sexo y edad. Año 2004

Edad	Ambos	sexos	Hombres	Mujeres
0-4	30.459		15.724	14.735
5-9	32.285		16.509	15.776
10-14	36.010		18.488	17.522
15-19	45.737		23.319	22.418
20-24	54.117		27.778	26.339
25-29	54.770		27.523	27.247
30-34	55.379		27.503	27.876
35-39	49.351		24.510	24.841
40-44	38.804		18.666	20.138
45-49	36.467		17.354	19.113
50-54	34.553		16.192	18.361
55-59	34.327		15.821	18.506
60-64	38.522		18.043	20.479
65-69	33.934		15.213	18.721
70-74	25.713		10.994	14.719
75-79	16.752		6.359	10.393
80-84	11.506		3.778	7.728
85-89		5.891	1.683	4.208
90-94		2.023	472	1.551
95-99		391	84	307
100 y +		37	4	33
<b>Total</b>	<b>717.326</b>		<b>346.499</b>	<b>370.827</b>

Fuente: Comunidad de Madrid. Consejería de Hacienda. Instituto de Estadística. Estadística de población 2004.

#### 4.10. Indicadores Sanitarios de la Comunidad de Madrid

Total de centros sanitarios:

Centros de Salud: 240  
 Consultorios: 159  
 Centros de Especialidades: 32

Millones de Habitantes: 5.804.829

Hospitales: 70  
 Camas: 21.302  
 Quirófanos: 300  
 Trabajadores: 70.000  
 Plazas de MIR: 777

Gasto para el año 2004: 5.052,4 millones de euros (38,48% sobre el total del gasto CM)  
 Fuente: Instituto de estadística de la CAM. 2004.

**4.11. Tabla 3.5. Evolución de la actividad quirúrgica en los hospitales de España 1993-2000**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Actos quirúrgicos (miles)</b>	2507,7	2677,0	2964,8	3194,9	3321,6	3399,5	3522,5	3662,8
<b>Actos quirúrgicos (mil habitantes)</b>	64,1	68,3	75,6	81,3	84,4	86,2	88,9	91,7
<b>% CMA</b>			7,0	8,4	10,4	12,4	14,4	16,4

(\*) 1999:Datos provisionales.

CMA = Cirugía Mayor Ambulatoria. Los datos sobre CMA se empezaron a recoger a partir de 1995.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado.

**4.12. Tabla 3.6. Evolución del Gasto sanitario en millones de euros y su relación con el P.I.B. España 1994-2001**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Gasto Total</b>								
- Millones de euros	-	33.387	35.460	37.052	39.594	42.511	45.537	49.118
- % sobre el P.I.B.	-	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
<b>Gasto Público</b>								
- Millones de euros	22.862	24.125	25.688	26.877	28.616	30.681	32.671	35.131
- % sobre el P.I.B.	5,6	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4
<b>Gasto Privado</b>								
- Millones de euros	-	9.262	9.774	10.176	10.978	11.831	12.866	13.987
- % sobre el P.I.B.	-	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1

Las cifras de gasto privado anteriores a 1.995, están sujetos a revisión por la necesidad de enlazar la serie debido al cambio de base en la Contabilidad Nacional del citado año.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

## **ANEXO V**

## **5.1. PROTOCOLOS DE FUNCIONAMIENTO DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**

### **5.1.1. CIRCUITO ADMINISTRATIVO:**

Se utilizará un circuito administrativo común al resto de la cirugía programada, si bien desde su entrada en el mismo se podrán identificar los pacientes susceptibles de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Estando previsto el paso en cualquiera de los momentos del circuito de la situación de CMA a la situación de Cirugía Mayor con Hospitalización (CMH).

#### **QUIROFANOS:**

Las sesiones quirúrgicas serán mixtas. Se podrán atender dentro de la misma sesión enfermos de CMA y enfermos CMH.

#### **TIPO DE ENFERMOS:**

Según el tipo de anestesia y las características de los cuidados se distinguirán dos tipos de enfermos:

CMA-1: Los enfermos intervenidos bajo anestesia local o locorregional (axilar, bota, retrobulbar). Que son dados de alta por el cirujano.

CMA-2: Los enfermos intervenidos bajo anestesia locorregional (espinal) y general. Que son dados de alta por el cirujano y el anestesista.

#### **INSTALACIONES:**

Los enfermos serán atendidos dentro de la zona destinada a CMA, siendo el horario de funcionamiento previsto de 08:00 a 20:00 horas.

### **5.1.2. CIRCUITO DE ENFERMOS**

#### **CONSULTA DE CIRUGIA:**

El Cirujano diagnostica y valora la posibilidad de entrada en el programa de CMA. Asimismo valora el tipo de anestesia y lo identifica como CMA-1 o CMA-2.

Informa al paciente del Programa de CMA y le facilita el Consentimiento Informado de Cirugía para su firma.

Si es para CMA-1 le entrega el folleto informativo y la petición de preoperatorio.

Si es para CMA-2 se añade el cuestionario de anamnesis para la Consulta de Anestesia.

Se solicita su inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica (L.E.Q.) como enfermo susceptible de CMA.

#### **SERVICIO DE ADMISION:**

Una vez recibida la documentación, incluye al paciente en LEQ y proporciona las citas para el preoperatorio, Consulta de Anestesia en su caso y Consulta de Programación.



#### CONSULTA DE ANESTESIA:

Se valora su idoneidad para ser incluido en el programa de CMA y se cataloga de:

1. Rechazado para ser intervenido en el HVT o
2. Aceptado para CMH pero rechazado para CMA o
3. Aceptado para CMA.

Si es aceptado para el programa de CMA., se informa al paciente y se solicita su Consentimiento Informado específico para anestesia que firma.

Si precisa, se le proporciona la medicación preoperatoria y se le envía a la Consulta de Cirugía de su Centro de su Centro de Especialidades con el informe de la Consulta de Anestesia.

#### CONSULTA DE PROGRAMACION:

El Cirujano recibe el informe de la Consulta de Anestesia, confirma su intervención y actúa según proceda.

#### SERVICIO DE ADMISION:

Convoca al enfermo para día y hora de su ingreso.  
Confirmación telefónica si procede.

#### INGRESO:

Los enfermos ingresan a lo largo de la mañana o de la tarde, en relación con su hora de ingreso en quirófano, realizándose los primeros ingresos a las 07:30 horas de la mañana.  
Confirmación de cita, identidad del paciente y proceso.  
Confirmación del cumplimiento de instrucciones.

#### PREPARACION:

Una vez realizado el ingreso del enfermo pasa directamente a la sala de preparación quirúrgica, donde se realizará el cambio de ropa, rasurado...y entrega de objetos.

#### ZONA QUIRÚRGICA Y DE ADAPTACION AL MEDIO:

Los enfermos de CMA-1 bajan al quirófano en el sillón de adaptación al medio. Los enfermos de CMA-2 lo hacen en cama.

Evaluación anestésica prequirúrgica (valoración global preanestésica).

Preparación preoperatoria.

Intervención Quirófano con parte quirúrgico y horario establecido.

Protocolo de procedimiento anestésico y quirúrgico.

Despertar. Protocolo de despertar convencional. Registro de enfermería.

Los enfermos de CMA-1 que no precisen reanimación suben directamente a la Sala de Adaptación al medio y son dados de alta cuando cumplen los criterios de alta establecidos a tal fin, a juicio del Cirujano responsable, Esta dicha Sala son datos de alta hospitalaria a juicio del anestesiólogo y del cirujano conjuntamente, firmando a dicha alta.

El enfermo recibe en el momento de su alta: informe de asistencia, recomendaciones de

cuidados en su domicilio, medicación para dos días y cita para la Consulta de Cirugía.

## **5.2. SELECCION DE PACIENTES PARA CMA EN LA CONSULTA DE CIRUGIA**

### **5.2.1. CRITERIOS DE INCLUSION:**

Las especialidades quirúrgicas y patológicas que forman parte del programa de CMA del Hospital Virgen de la Torre son los siguientes:

#### **CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA:**

Hernia inguinal unilateral.  
Hernia inguinal bilateral.  
Hernia crural unilateral.  
Hernia umbilical.  
Sinus pilonidal.  
Fisura anal.  
Fístula anal.  
Hemorroides.

#### **OFTALMOLOGIA:**

Cataratas

#### **TRAUMATOLOGIA:**

Hallux valgus.  
Liberación de vainas y tendones.  
Artroscopias.

### **5.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Que no reúna las condiciones exigidas en el protocolo de preanestesia para ser intervenido en el Hospital Virgen de la Torre.

Además:

A) Para enfermos de CMA-1:

Diabetes Mellitus Insulinodependiente.  
Dificultad para el control del dolor postquirúrgico mediante analgésico convencionales vía oral.  
Falta de persona y/o vehículo que pueda acompañarlo a su domicilio.

Falta de ascensor si vive en un piso y si precisa inmovilización que impida la deambulaci3n.

B) Para enfermos de CMA-2:

Diabetes Melitus Insulinodependiente.

Dificultad para el control de dolor postquir3rgico mediante analg3sicos convencionales v3a oral.

Edad mayor de 70 a3os.

Obesidad mayor al 30 % del peso recomendado.

Ps3quicamente inestables, drogodependencias o epilepsias.

EPOC (si va a precisar anestesia general).

Alteraci3n de la v3a a3rea que presuponga intubaci3n dif3cil.

Que no entienda o no se comprometa a seguir las indicaciones que se le faciliten.

Que no tenga tel3fono en su domicilio.

Que no cuente con adulto responsable que pueda acompa3arlo en las primeras 24 horas, o veh3culo propio.

Que viva a m3s de 45 minutos del Hospital.

Falla de ascensor si vive en un piso y si precisa inmovilizaci3n que impida o dificulte la deambulaci3n.

### ***5.3. SELECCION DE PACIENTES PARA CMA EN CONSULTA DE ANESTESIA***

#### **5.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION**

Que entienda el concepto de cirug3a ambulatoria, lo acepte y se comprometa a seguir las pautas postoperatorias que se le indiquen.

Que re3una las condiciones exigidas en el protocolo de protocolo de preanestesia para ser intervenido en el Hospital Virgen de la Torre.

#### **5.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Enfermedad sist3mica mal compensada o evaluada de forma incompleta.
2. Enfermedad sist3mica grave que requiera monitorizaci3n invasiva o seguimiento en cuidados intensivos.
3. Diabetes tipo I 3 tipo II, si precisa anestesia general.
4. EPOC si precisa anestesia general.
5. Enfermedad cardiovascular. Coronariopat3as.
6. Obesidad superior al 30% de la normalidad.
7. Pacientes psiqui3tricos en tratamientos con IMAOs. Con otros tratamientos valorar inclusi3n/exclusi3n en cada caso.
8. Alteraciones ps3quicas importantes.
9. Drogodependencias.
10. Antecedentes personales de coagulopat3as.

11. Tratamiento con anticoagulantes.
12. Epilepsia.
13. Riesgo de presentar hipertermia maligna.
14. Antecedentes de complicaciones anestésicas graves.
15. Anatomía anormal de la vía aérea que predisponga a una intubación difícil.
16. Menores de 7 años y/o 30 Kg. de peso.
17. Mayores de 70 años.
18. Falta de apoyo social o compañía durante el periodo postoperatorio postoperatorio inmediato (24/48 horas). (El paciente debe ir acompañado al domicilio por una persona adulta responsable).
19. Incomprensión de las necesidades postoperatorias por parte del paciente o la familia.
20. No tener medios de contacto con el Hospital (ej. Teléfono).
21. Vivir a más de una hora del Hospital.
22. Tener barreras arquitectónicas en el domicilio que dificulten el acceso del paciente. (Si se trata de un piso, deberá tener ascensor).

## **5.4. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)**

### **FOLLETO EXPLICATIVO**

La finalidad de la CMA. es poder realizar una intervención quirúrgica de alta calidad y seguridad bajo anestesia local, regional o general, que tiene como características más importante la vuelta a su domicilio el mismo día de la intervención quirúrgica.

Este programa se desarrolla en un ambiente confortable y con los profesionales idóneos y pretende distorsionar muy poco la vida y el entorno de los pacientes sometidos a este tipo de cirugía.

#### **5.4.1. RECOMENDACIONES ANTES DE INTERVENCION QUIRURGICA:**

No coma ni beba nada desde las 12 horas de la noche anterior a la intervención quirúrgica salvo en caso de que su médico le aconseje lo contrario.

Retiren los objetos de adorno (pulseras, anillos, pendientes, cadenas, etc), laca de uñas y prótesis dentales.

Báñese o dúchese, incluido el lavado de pelo.

Si es fumador, disminuya el número de cigarrillos, si puede ser mejor que no fume.

Tómese la medicación habitual, salvo en caso de que su médico le indique lo contrario.

#### **5.4.2. RECOMENDACIONES EL DIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA:**

Podrá venir acompañado/a de una sola persona adulta que seguirá a su lado después de la intervención.

Utilice vestimenta amplia y cómoda.

Ingresa en el Hospital a la hora que se le haya indicado (es muy importante que sea puntual) y le dirigirán a la Unidad de CMA donde le prepararán para la intervención quirúrgica.

Una vez operado/a pasará a una Unidad para su recuperación y será atendido por

profesionales cualificados hasta que el médico considere oportuno la vuelta a su domicilio.

el tiempo total de estancia en este Hospital variará según la intervención quirúrgica y el tipo de anestesia a que haya sido sometido.

Antes de volver a su casa le facilitaremos el informe de Alta así como las recomendaciones para los cuidados que debe seguir.

La persona que le ha acompañado al Hospital tendrá que responsabilizarse de su vuelta a casa, ya que usted no podrá conducir.

### **5.4.3. RECOMENDACIONES PARA SU DOMICILIO:**

Las recomendaciones (escritas) que le han entregado aportarán seguridad en su recuperación y por lo tanto tendrá que cumplirlas.

No debe conducir, beber alcohol, ni fumar ningún documento de vital importancia en las 24 horas siguientes a la anestesia.

## **5.5. EVALUACION DEL PACIENTE PARA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**

### **5.5.1. EN LA CONSULTA DEL CIRUJANO:**

1. Historia y evaluación quirúrgica.
2. Evaluación de los criterios de selección quirúrgicos por el paciente.
3. Evaluación de los criterios de selección anestesiológicos para CMA.
4. Grado de riesgo anestésico, técnica anestésica previsible.
5. Resultado: Derivación a hospital de referencia o aceptación para ser intervenido en el Hospital Virgen de la Torre para cirugía con o sin ingreso hospitalario.
6. Información al paciente y familiares.
7. Consentimiento informado.
8. Medicación preoperatoria.
9. Informativo de preparación preoperatoria.

### **5.5.2. MEDICACION PREANESTESICA:**

Incluye: Informativo sobre los fármacos que se prescriben, pautas de tratamiento con la medicación. Los siguientes fármacos son los que se han valorado conjuntamente con el Servicio de Farmacia del Hospital.

RANITIDINA (Torinol).

METOCLOPRAMIDA (Primperan).

LORAZEPAN (Orfidal).

**5.6. HOJA DE ANAMNESIS A CUMPLIMENTAR POR EL PACIENTE DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA:**

Marque lo que proceda: sí o no.

¿Fuma?

.....  
.....

¿Bebe alcohol?

.....  
.....

¿Drogadicción?

.....  
.....

¿Cree que puede estar embarazada?

.....  
.....

¿Es alérgico a medicamentos?

.....  
.....

¿Tiene otras alergias?

.....  
.....

¿Ha sido operado con anestesia local, axilar o epidural?

.....  
.....

¿Ha sido operado con anestesia general?

.....  
.....

¿Ha tenido problemas con la anestesia Ud. O algún familiar directo?

.....  
.....

¿Tiene alguna enfermedad cardíaca o dolor cardíaco?

.....  
.....

¿Tiene la tensión arterial alta?

.....  
.....

¿Tiene bronquitis, asma u otra enfermedad pulmonar?

.....  
.....

¿Ha tenido algún trastorno urinario o renal?

.....  
.....

¿Ha tenido algún problema de hígado?

.....  
.....

¿Ha tenido reflujo, hernia de hiato o gastritis?

.....  
.....

¿Es diabético?

.....  
.....

¿Ha tenido algún trastorno de tiroides (bocio...)?

.....  
.....

¿Sangra fácilmente por la nariz o tiene hematomas cutáneos (morados en la piel) injustificados?

.....  
.....

¿Tiene anemia u otra enfermedad sanguínea?

.....  
.....

¿Padece del sistema nervioso (parálisis, convulsiones, dolor de cabeza muy importante, ...)?

.....  
.....

¿Tiene alguna enfermedad ósea o articular (artrosis, artritis, reuma, ...)?

.....  
.....

¿Tiene hernia discal u otra enfermedad de la columna vertebral?

.....  
.....

¿Ha tenido dolores musculares frecuentes?

.....  
.....

¿Tiene dentadura postiza que se pueda extraer?

.....  
.....  
¿Tiene dientes que se mueven o en mal estado?

.....  
.....  
¿Tiene problemas para abrir la boca?

.....  
.....  
¿Toma alguna medicación?

.....  
.....  
¿Cual?

.....  
.....  
¿Desea añadir algo?

Fecha.

Firma del paciente y DNI.

### **5.7. ORDENES PARA EL TRATAMIENTO**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Iniciar tolerancia a líquidos a partir de las \_\_\_\_\_ horas.

Iniciar tolerancia a sólidos (dieta blanda) a partir de las \_\_\_\_\_ horas.

El paciente puede ser trasladado al sillón cuando cumpla TODOS los siguientes criterios durante 30 minutos.

- Mueva las cuatro extremidades o tres si está inmovilizado en una de ellas.
- Tenga una respiración amplia y pueda toser.
- Mantenga una tensión arterial comprendida entre los límites:  
\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.
- Tenga una coloración cutáneomucosa normal o una SpO2 superior a 92% con aire ambiente.
- Responda a órdenes orales.

Deambulación a partir de las \_\_\_\_\_ horas, si reúne los cinco criterios anteriores.

Mantener vía endovenosa con suero Fisiológico 0,9% isotónico 500 cc/8 horas, hasta tolerancia oral.



Analgesia\_\_\_\_\_vía oral / cada 6 horas. Una vez iniciada la tolerancia oral.

Otros:

Firma del Anestesiólogo:

## **5.8. CRITERIOS DE ALDRETE MODIFICADOS**

Hora:

### **ACTIVIDAD**

2 Mueve las 4 extremidades o tres si una está inmovilizada.

1 Mueve 2 extremidades.

0 No mueve ninguna.

### **RESPIRATORIO**

2 Inspiración profunda y puede toser.

1 Disnea ó respiración superficial o taquipnea.

0 Apnea (precisa ventilación).

### **CIRCULATORIO**

2 20% Nivel preanestesico.

1 20-50% Nivel preanestésico.

0 50% Nivel preanestésico.

### **SATURACION DE OXIGENO**

2 SpO2 superior al 92% con aire ambiente.

1 SpO2 superior al 90% con O2 suplementario.

0 SpO2 inferior al 92% con O2 suplementario.

### **CONSCIENCIA**

2 Completamente despierto y orientado.

1 Despierta al llamarle.

0 No responde.

## **5.9. CRITERIOS DE ALTA POSTANESTESICOS DE LA UNIDAD DE CMA**

(Se requiere un mínimo de 9 puntos, para dar el alta de la Unidad).

### **8.9.1. SIGNOS VITALES:**

2. +/- 2% del valor preoperatorio.

1. de 20 a 40% del valor preoperatorio.

0. +/- 40% del valor preoperatorio.

### **8.9.2. DEAMBULACION Y ACTIVIDAD MENTAL:**

2 Orientado y con marcha estable.

1. Orientado o con marcha estable.

0. Ninguna.

### **8.9.3. DOLOR, NAUSEAS Y VOMITOS:**

2. Mínimo.

1. Moderado.

0. Intenso.

8.9.4. HEMORRAGIA QUIRURGICA:

2. Mínimo.

1. Moderado.

0. Intenso.

8.9.5. TOLERANCIA ORAL Y DIURESIS:

2. Tolerancia líquidos vía oral y diuresis.

1. Tolerancia líquidos vía oral o diuresis.

0. Ninguna.

## **5.10. VALORACION PARA EL ALTA**

### **EL PACIENTE:**

\_\_\_ Está consciente y con buena orientación temporoespacial.

\_\_\_ Está hemodinámicamente estable y no presenta signos de ortoestatismo.

\_\_\_ No presenta signos de depresión respiratoria.

\_\_\_ No sangra y los apósitos están revisados.

\_\_\_ No tiene náuseas ni vómitos, ó bien son mínimos.

\_\_\_ No tiene dolor, ó bien es mínimo y controlable con analgésicos convencionales por vía oral.

\_\_\_ Se viste sólo, camina sin ayuda, bebe y orina espontáneamente. (La diuresis espontánea es imprescindible después de un bloqueo espinal, después de la cirugía con dilatación anal o en varones con sintomatología de hipertrofia prostática. En los demás casos es aconsejable pero no imprescindible).

\_\_\_ En caso de anestesia espinal, la reversión del bloqueo sensitivo, motor y simpático, es completa.

\_\_\_ Test de Aldrete modificado = 10.

\_\_\_ Hay aceptación expresa por una persona adulta responsable y durante las primeras 48 horas tendrá también dicha compañía.

\_\_\_ El domicilio no tiene barreras arquitectónicas que dificulten el acceso.

\_\_\_ Enfermería se ha asegurado de que tanto el paciente como su familiar han recibido y comprendido las instrucciones pertinentes.

\_\_\_ Sabe que es peligroso conducir cualquier tipo de vehículo hasta después de las 48 horas de haber sido anestesiado, al igual que el manejo de máquinas que entrañen riesgo.

\_\_\_ Conoce el teléfono de contacto con el hospital y que debe notificar cualquier situación anormal en su recuperación.

## **5.11. DECISION DE ALTA O INGRESO**

1. Evaluación de Cirujano y Anestesia.

2. Confirmación del entorno domiciliario adecuado del paciente.

3. Instrucciones postalta.

4. Definición de asistencia médica postalta disponible 24 horas. Teléfonos de contacto.

### **5.12. NORMAS DE SALIDA DE LA UCMA (ALTA A DOMICILIO)**

1. Informe clínico quirúrgico.
2. Protocolo de alta anestésica.
3. Protocolo de información postalta.
  - Cuidados.
  - Vigilancia.
  - Tratamiento del dolor.
  - Síntomas de alerta.
4. Líneas de atención.
  - Asistencia convencional.
  - Asistencia urgente.

### **5.13. MEDICACION AL ALTA HOSPITALARIA**

Incluye: Informativo sobre los fármacos que se prescriben, pauta de tratamiento y sobre con la medicación.

Fármacos que se han valorado conjuntamente con el Servicio de Farmacia del Hospital:

METAMIZOL (Nolotil)  
KETOROLACO (Droal)  
TRAMADOL (Tarlgiol)  
PARACETAMOL (Gelocatil)  
DICLOFENACO (Diclofenaco)

### **5.14. INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES POSALTA**

#### **5.14.1. Instrucciones:**

Es necesario que avise a su médico en caso de:

- Sangrado excesivo.
- Inflamación.
- Escalofríos.
- Excesivo dolor.
- Herida rojiza.
- Fiebre (más de 38°C).

Vuelva a su dieta normal de manera gradual. Empiece tomando líquidos e introduzca progresivamente los elementos sólidos.

Siga las pautas de la medicación que se le ha prescrito.

Ante cualquier duda o complicación, llame al Hospital Virgen de la Torre, Telf. 91333 51 57 ó acuda al mismo, con su hoja de asistencia. Estamos a su entera disposición para

ayudarle.

#### **5.14.2. Recomendaciones:**

1. No debe ingerir bebidas alcohólicas hasta pasadas 24 horas de la anestesia.
2. No puede conducir ninguna clase de vehículos ni utilizar maquinaria hasta pasadas 24 horas de la intervención.
3. Haga reposo en cama durante las primeras 24 horas. Después aumente la actividad poco a poco.
4. Algunos anestésicos y medicamentos para el dolor pueden producir arcadas y vómitos. Si ello persiste llame a su médico a la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.
5. Puede notar somnolencia, mareo o vómitos. Pida a cualquier persona responsable que le acompañe durante las primeras 24 horas.

#### **5.15. CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:**

1. No cumplir los criterios de alta.
2. Reacción adversa a fármaco y/o técnica que necesite.
3. Intervenciones bajo anestesia general que terminen después de las 15 horas.
4. Intervenciones bajo bloqueo epidural que precisen dosis de refuerzo después de las 14 horas, o bloqueos intradurales realizados después de las 14 horas.
5. Pacientes que a las 20 horas no cumplan los criterios de alta.

#### **5.16. SEGUIMIENTO TELEFONICO:**

¿Ha tenido problemas relacionados con:?

El Dolor	Si ... No ...
Náuseas y Vómitos	Si ... No ...
Fiebre	Si ... No ...
Sangrado	Si ... No ...
Parestesias	Si ... No ...

OBSERVACIONES (explicar el problema):

.....  
.....

### **5.17. REVISION**

1. Consulta quirúrgica: Visita convencional.
2. Base de datos de seguimiento.
3. Encuesta de satisfacción.

### **5.18. EVALUACION:**

1. Número de ingresos en el día de la intervención quirúrgica.
2. Número de ingresos después de ser dados de alta del Hospital (Reingresos).
3. Número de anulaciones quirúrgicas el día de la intervención.
4. Número y motivo de las llamadas telefónicas.
5. Número y motivo de las visitas a urgencias.
6. Evaluación de la complejidad de las intervenciones (case-mix).
7. Reclamaciones (número y motivo).
8. Número y motivo de visitas a domicilio.
9. Cumplimentación de los requisitos diana del protocolo.
10. Encuesta de satisfacción.
11. Índice de sustitución.

### **5.19. PAUTAS A SEGUIR SEGUN TECNICA ANESTESICA Y TIEMPO:**

#### **5.19.1. ANESTESIA GENERAL:**

Considerar el número de horas a partir de la hora en que finalizó la anestesia.

- Tolerancia de líquidos a las 3 horas.
- Tolerancia de sólidos a las 4 horas.
- Iniciar deambulacion a las 4 horas si cumple los criterios de Aldrete modificados, con vigilancia de enfermería.

#### **5.19.2. ANESTESIA INTRADURAL:**

Considerar el número de horas a partir de la hora en que se administró la anestesia.

- Tolerancia de líquidos a las 2 horas.
- Tolerancia de sólidos a las 3 horas.
- Iniciar deambulacion a las 4 horas si cumple los criterios de Aldrete modificados, con vigilancia de enfermería.

#### **5.19.3. ANESTESIA EPIDURAL:**

Considerar el número de horas a partir de la hora en que se administró la anestesia.

- Tolerancia de líquidos a las 2 horas.

- Tolerancia de sólidos a las 3 horas.
- Iniciar deambulaci3n a las 6 horas si cumple los criterios de Aldrete modificados, con vigilancia de enfermerí3.

#### **5.19.4. ANESTESIA LOCAL M3S SEDACION:**

Considerar el n3mero de horas a partir de la hora en que finaliz3 la sedaci3n.

- Tolerancia de líquidos a la hora.
- Tolerancia de sólidos a las 2 horas.
- Iniciar deambulaci3n a las 2 horas si cumple los criterios de Aldrete modificados, con vigilancia de enfermerí3.

### **5.20. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA**

(Consentimiento informado. Artículo 10 de la Ley general de Sanidad)

D/D<sup>a</sup>

-

con D.N.I. n3mero \_\_\_\_\_ (en calidad de paciente) 3  
D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (en calidad de responsable del paciente  
o tutor).

Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza de la anestesia. La anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operaci3n sin dolor. El m3dico anesthesiólogo, es el encargado de controlar todo este proceso de principio a fin, tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir e indicar la técnica que menor riesgo implique en cada caso.

En caso de que la anestesia local o regional no sea posible, 3 no se consiga por razones técnicas, puede ser necesario realizar anestesia general. Para ello es preciso colocar un tubo a trav3s de la boca 3 nariz, que llega hasta la tráquea. Este tubo se conecta a un respirador cuya funci3n es mantener la respiraci3n. Excepcionalmente, esta introducci3n del tubo puede entrañar alguna dificultad y a pesar de hacerlo con cuidado, dañar alg3n diente, incluso llegar a ser imposible su introducci3n. Durante la colocaci3n de tubo, puede evitarlo es imprescindible guardar ayuno absoluto, al menos durante seis horas antes de la intervenci3n programada. Esta es una complicaci3n poco frecuente gracias a la colaboraci3n del enfermo.

Debe saber que las Sociedades Españolas de Anestesiología y Reanimaci3n, y de Alergología e Inmunología Clínic3 y los expertos de la Direcci3n General del Instituto Nacional de la Salud, desaconsejan la pr3ctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos anestésicos, por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacci3n adversa a los mismos, al igual que ocurre con el resto de los medicamentos. La administraci3n de sueros y de medicamentos durante la anestesia, pueden producir reacciones alérgicas, que incluso pueden llegar a ser graves.

Como consecuencia de su estado clínico, puede ser necesario transfundirle sangre o alguno de sus derivados. A pesar de ser analizados, determinadas enfermedades infecciosas pueden seguir transmitiéndose, aunque el riesgo es muy bajo.

Cualquier técnica anestésica conlleva riesgos. Existe la posibilidad de lesiones graves si surgen complicaciones importantes.

En la anestesia Local y Locorregional, como consecuencia de las puntuaciones para su administración, puede producirse hematoma, hemorragia, infección, afectación neurológica, etc. Asimismo, tras su administración, pueden surgir molestias (dolor de cabeza ó espalda, dificultad para orinar, sensación de acorchamiento y hormigueo, etc.), generalmente pasajeros.

Estos son los riesgos más significativos durante la anestesia, pero no los únicos. Muchos de ellos relacionados con su estado de salud previo.

## **DOCUMENTOS:**

(Protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Virgen de la Torre.)

- Normas de selección de pacientes.
- Normas de selección de procedimientos.
- Folleto explicativo para Cirugía Mayor Ambulatoria: finalidad, recomendaciones para antes de la intervención, el día de la intervención y en su domicilio.
- Hoja de anamnesis de anestesiología para cumplimentar por el paciente de CMA.
- Historia clínica quirúrgica y anestésica.
- Información quirúrgica y anestesiológica, al paciente y familiares.
- Consentimientos informados.
- Medicación preanestésica, informativo y pautas de tratamiento.
- Pautas a seguir en el postoperatorio según técnica anestésica y tiempo.
- Protocolo a seguir en el paciente diabético que va a ser sometido a cirugía. (HVT 18/03/96.)
- Guía para la prevención y control de la infección. (Comisión de infección hospitalaria, profilaxis y política de antibióticos. 1998 HVT.)
- Profilaxis antibiótica. (Comunicación a los cirujanos de Dr. J.M. Argüello de Andrés. 28/10/98.)
- Registro de Enfermería para Cirugía Mayor Ambulatoria. (HVT.)
- Ordenes para el tratamiento de anestesiología en Adaptación al medio.
- Recomendaciones de cuidados al alta. Para cada tipo de intervención.
- Medicación postalta de CMA, informativo y pautas de tratamiento.

En trámite, modificaciones que se creen útiles después de su implantación:

- Hoja de anamnesis a rellenar por el paciente de CMA.
- Consentimiento informado, incorporando información sobre CMA, refundiendo los dos vigentes.
- Protocolo Preoperatorio, revisado y modificado.
- Hoja de órdenes para el tratamiento.
- Hoja de evaluación postanestésica: test de Aldrete modificado.
- Hoja de valoración para el alta. Criterios de alta. Revisión y modificación.

En trámite, incorporaciones al protocolo:

- Protocolo del dolor. (Presentado en la Comisión de Farmacia y Terapéutica. 29/10/98. HVT).
- Hoja de registro de anestesia intraoperatoria nº 2.



## ANEXO VI

### CATEGORIAS DEL ÍNDICE ASA

Los criterios del riesgo anestésico-quirúrgico de la *American Society of Anesthesiologist* (ASA) se dividen en cinco grupos:

ASA I: El paciente no sufre alteración orgánica distinta del proceso por el que va a ser intervenido. Paciente sano normal.

ASA II: El paciente sufre una alteración leve o moderada sistemática causada por el proceso de la cirugía o por algún otro proceso que no produce incapacidad o limitación funcional alguna.

ASA III: El paciente sufre una enfermedad grave de cualquier causa, aunque no sea posible determinar el grado exacto de incapacidad y que produce limitación funcional de algún grado.

ASA IV: El paciente sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención.

ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia a pesar de la intervención. (1)

1. William, D., ASA Physical Status Classifications: A study of consistency of ratings. *Anesthesiology* 49:239-243. 1978

# ANEXO VII

## ENCUESTA DE OPINION

### SERVQHOS: ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Estimado Sr./Sra.:

Quienes trabajamos en el **Hospital Virgen de la Torre** estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad del servicio hospitalario que se le ha ofrecido durante su estancia en el mismo. Por este motivo, nos permitimos dirigirnos a Vd. con el propósito de solicitarle su colaboración, con la seguridad de que su opinión y ayuda será de gran utilidad para que podamos hacerlo mejor cada vez.

Por supuesto que su colaboración es *totalmente voluntaria y completamente anónima*. Todo lo que diga será tratado de forma *absolutamente confidencial*.

Una vez que haya contestado a todas las preguntas, puede introducir la encuesta en el sobre que le

Por favor rellene las siguientes casillas

Edad  años

Indique si es HOMBRE

MUJER

Durante su ingreso ha estado en el Servicio de .....

El ingreso fue:

Programado

Por via de Urgencias

Número de veces que ha estado ingresado/a en el hospital en el último año .....

Estudios concluidos:

sin estudios  primarios  bachiller  universitarios

Actualmente está: jubilado  en paro  trabajando  ama de casa

#### La calidad de la asistencia sanitaria ha sido:

	mucho peor de lo que esperaba	peor de lo que esperaba	como me lo esperaba	mejor de lo que esperaba	mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el Hospital ...VIRGEN DE LA TORRE.....					
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5

